

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Adresse: _____ _____ Tel. Privat: _____ _____ Arbeitgeber, Ort: _____ _____ Tel. Arbeitsplatz: _____ Krankenkasse: _____ pflichtversichert: ja / nein	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs- mitglied sind, wer ist Versicherter? Name: _____ _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Beruf: _____ Wer soll die Rechnung erhalten? Name: _____ Adresse: _____ _____ Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein
--	--

Wer hat uns empfohlen?

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass?	ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	ja / nein
Haben Sie Herz-Rhythmusstörungen?	ja / nein
Haben Sie einen Herzpass?	ja / nein
Bekommen Sie eine Chemo?	ja / nein
Haben Sie Künstliche Gelenke / Prothesen?	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis B?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis C?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?	ja / nein
Haben Sie grünen Star?	ja / nein
Haben Sie eine Prostataerkrankung?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche ja / nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	im Kiefergelenk?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein	Hatten Sie jemals eine "Kiefernvermessung"?	ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein	Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	ja / nein
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?			ja / nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?			ja / nein
Wünschen Sie eine regelmäßige halbjährliche Erinnerung? (Recall)			ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.  
 Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

**Friedrichshafen, den** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift