

# Anmeldebogen mit Anamnese

... der Ostseepraxis — Zahnarzt René Schneider

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

DATUM AUTOMATISCH

## Sprechzeiten: nach Vereinbarung

und  
Montag 8:00–13:00 14:30–20:00  
Di. & Do. 8:00–13:00 14:30–18:00  
Mi. & Fr. 7:00–13:00

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

pflichtversichert:  ja /  nein

Wer hat uns empfohlen? Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bestehen gesundheitliche Risiken? wenn ja, welche?

- |                                                                                                                 |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Haben Sie einen Allergiepass?                                                                                   | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?                                                             | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Gerinnungsstörungen?                                                                                  | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie eine Herz-/Kreislauferkrankung?                                                                       | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Sind oder waren Sie Drogenabhängig?                                                                             | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie HIV positiv?                                                                                           | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Hepatitis B?                                                                                          | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Hepatitis C?                                                                                          | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Diabetes?                                                                                             | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?                                                                | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?                                                              | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie unter Migräne?                                                                                       | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie grünen Star?                                                                                          | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Asthma?                                                                                               | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? <input type="radio"/> ja _____ Woche / <input type="radio"/> nein |                                                       |

### Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

- |                                                                    |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Haben Sie Zahnschmerzen?                                           | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?                | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Zahnfleischbluten?                                       | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?                                 | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Hatten Sie eine "Kiefervermessung"?                                | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Sind Ihre Zähne gelockert?                                         | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Fand eine Röntgenuntersuchung statt?                               | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Wünschen Sie über künstl. Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Sind für Sie Ästhetisch schöne Zähne wichtig?                      | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Möchten Sie darüber eine Beratung?                                 | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie schon mit beherrdeten Zähnen zu tun gehabt?              | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?   | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

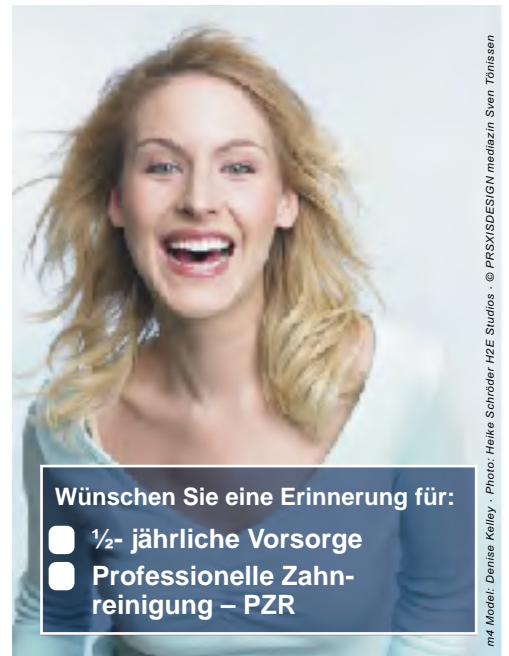
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?  ja /  nein



Wünschen Sie eine Erinnerung für:

- 1/2-jährliche Vorsorge
- Professionelle Zahnreinigung – PZR

**Bitte lassen Sie uns Ihre Angaben unterschrieben zukommen.**

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



Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_