

Sprechzeiten: und nach Vereinbarung

Vormittags täglich:

Mo. – Fr. 8.00 – 13.00 Uhr

Nachmittags:

Mo. – Do. 14.30 – 19.30 Uhr

Freitags 14.30 – 18.00 Uhr

Anmeldebogen mit Anamnese

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

DATUM _____

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

eMail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse: _____

Pflichtversichert: _____ ja nein

Bestehen gesundheitliche Risiken? wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergiepass?	ja	nein
Haben Sie Asthma?	ja	nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	ja	nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	ja	nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja	nein
Sind oder waren Sie Drogenabhängig?	ja	nein
Sind Sie HIV positiv?	ja	nein
Hatten oder haben Sie Hepatitis B oder 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
Nehmen Sie (insbesondere durchblutungsfördernde) Medikamente?	ja	nein

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? ja, ____ Woche nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung? _____

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja	nein
Haben Sie Zahnfleischbluten?	ja	nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja	nein
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja	nein
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	ja	nein
Hatten Sie eine "Kiefervermessung"?	ja	nein
Haben Sie schon mit beherdeten Zähnen zu tun gehabt?	ja	nein
Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	ja	nein
Wünschen Sie über künstl. Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?	ja	nein
Sind für Sie Ästhetisch schöne Zähne wichtig?	ja	nein
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?	ja	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



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

Was haben wir nicht abgefragt, was Sie uns dennoch mitteilen möchten?

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



Ort, Datum

Unterschrift