

# ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

ALLE VON IHNEN GEMachten ANGABEN UNTERLIEGEN SELBSTVERSTÄNDLICH DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEFLICHT!

Patient:

Name Vorname Geburtsdatum

Adresse:

Straße Nr. PLZ Ort

Krankenkasse:

Beruf:

Mailadresse:

Tel. Privat:

Ich bin auf die Praxis aufmerksam geworden durch?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn Ja, welche?

Bestehen gesundheitliche Risiken oder Krankheiten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, welche?

Haben Sie Zahnschmerzen? ☐ Ja ☐ Nein Blutet Ihr Zahnfleisch? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ☐ Ja ☐ Nein Kiefergelenksprobleme? ☐ Ja ☐ Nein

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

a) Asthma ☐ Ja ☐ Nein b) Rheuma ☐ Ja ☐ Nein

c) Diabetis, Zuckerkrankheit ☐ Ja ☐ Nein d) Leberkrankheit, Gelbsucht ☐ Ja ☐ Nein

e) Hepatitis B oder C ☐ Ja ☐ Nein f) HIV-Infektion ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie allergische Reaktionen wie Heuschnupfen oder auf Penicillin etc.?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, worauf reagieren Sie allergisch?

Haben sie Bluthoch- oder Niederdruck?

☐ Nein ☐ hoher Blutdruck ☐ niedriger Blutdruck

Schlaganfall, Lähmung (ggf. wann)

☐ Ja, wann \_\_\_\_\_ ☐ Nein

Herzinfarkt (ggf. wann)

☐ Ja, wann \_\_\_\_\_ ☐ Nein

# ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

Möchten Sie an Kontroll- oder Prophylaxe Termine erinnert werden?

☐ Ja ☐ Nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich?

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Bluterkrankungen? Wenn Ja, welche?

\_\_\_\_\_

Wie oft rauchen Sie?

\_\_\_\_\_

Wie oft trinken Sie Alkohol?

\_\_\_\_\_

Wie oft nehmen Sie Drogen?

\_\_\_\_\_

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

☐ Ja    ☐ — Woche    ☐ Nein    ☐ Ungewiss

Haben Sie weitere Fragen die Sie mit uns besprechen möchten? Gerne nehmen wir uns die Zeit für Sie:

Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben und spätere Änderungen dem zahnärztlichen Fachpersonal umgehend mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

## Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass das zahnärztliche Fachpersonal meine persönlichen Kontaktdaten (Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse) benutzen darf, um mich telefonisch, schriftlich und per E-Mail zwecks Terminvergabe, Terminierung und Briefverkehr kontaktieren zu können. Ich willige auch ein, dass meine Rechnungen an die Abrechnungsdienstleistungstellen und meine zahntechnischen Arbeiten an das Labor weitergegeben werden und auch dort meine personenbezogenen Daten verarbeitet werden können (Anfertigung von Arbeiten und Rechnungslegung).

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)