

Zahnarztpraxis Meike Neubauer

Künzelsauer Straße 9 74635 Kupferzell Tel.: 0 79 44 - 941 333 Fax: 0 79 44 - 941 338

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____

Telefon: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Wer hat uns empfohlen _____
Wer ist Ihr Hausarzt? _____
E-mail Adresse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
Geb.-datum _____
Name der Versicherung _____
Sind Sie im Standardtarif versichert? (nur für Privatpatienten auszufüllen) ja nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja nein	Möchten Sie über zahnerhaltende	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja nein	Maßnahmen aufgeklärt werden?	ja nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja nein	Möchte Sie bei unserem	
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja nein	Patientenerinnerungsservice (Recall)	ja nein
Haben Sie Kiefergelenksschmerzen?	ja nein	teilnehmen? Anruf _ E-Mail _ (bitte ankreuzen)	
		Leiden Sie an der Kreuzfeld-Jacob-	
		Krankheit?	ja nein

Nehmen Sie allgemein Medikamente ein?	ja nein	Haben Sie einen Allergiepass?	ja nein
Wenn ja, welche? _____		Bestehen Infektionskrankheiten?	ja nein
Bestehen gesundheitliche Risiken?	ja nein	z.B. Hepatitis, Aids, Tuberkulose)	ja nein
Wenn ja, welche? _____		Wenn ja, welche? _____	
Leiden Sie an Herzkrankungen?	ja nein	Leiden Sie an Asthma?	ja nein
Wenn ja, welche? _____		Leiden Sie an Migräne?	ja nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	ja nein	Leiden Sie an grünem Star?	ja nein
Haben Sie eine Endoprothese? z.B. ein künstliches Hüftgelenk?	ja nein	Leiden Sie an einer Schilddrüsen-erkrankung?	ja nein
Wenn ja, welche? _____		Leiden Sie an Rheuma?	ja nein
Haben/Hatten Sie eine Endokartitis ?	ja nein	Wurden Röntgenbilder von Ihnen	
Zähne erstellt?	ja nein		
Leiden Sie an Bluthochdruck ?	ja nein	Wenn ja, wann? _____	
Leiden Sie an Ohnmachtsanfällen ?	ja nein	Besteht eine Schwangerschaft?	ja nein
Sind Sie empfindlich gegen bestimmte Stoffe, Mediamente (z.B. Penicillin), Metall etc?	ja nein	Wenn ja, welche Woche? _____	
Welche? _____	ja nein	Nehmen Sie Medikamente für die	
		Blutgerinnung ein oder leiden Sie an längerem Nachbluten?	ja nein
		Leiden Sie an Diabetes?	ja nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Ihre Daten werden elektronisch gespeichert.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

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

Datum _____ Unterschrift _____