

Anmeldebogen mit Anamnese

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Mobil: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse: _____

E-Mailadresse: _____

Zahnzusatzversicherung: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Hausarzt :

Medikamente:

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein

Wenn ja, welche Allergien _____

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja / nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja / nein

Sind Sie HIV positiv? ja / nein

Haben Sie Hepatitis B/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

Konsumgewohnheiten Alkohol / Rauchen 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

Letzte Röntgenuntersuchung im Bereich der Zähne?

Ich wünsche eine Erinnerung an meine Kontrolluntersuchung / PZR per eMail: ja / nein

Möchten Sie regelmäßig unseren Newsletter erhalten : ja / nein

Wir nehmen uns Zeit für Sie!! Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir um frühzeitige Absage : 24 Stunden vorher. Ansonsten stellen wir den Termin in Rechnung.

Datum / Unterschrift Patient