

ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

Wir bitten Sie im eigenen Interesse, den Bogen sorgfältig auszufüllen und diesen dann bei Ihrem ersten Termin mitzubringen. Vielen Dank!

Nachname	Vorname	Geburtsdatum/Geburtsort
Straße/Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Telefon	Mobiltelefon	Telefax
E-Mail		
Beruf	Arbeitgeber	Telefon beruflich
Versicherung		

Wenn Sie nicht selbst Versicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?

Nachname	Vorname	Geburtsdatum/Geburtsort
Straße/Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Erhalten Sie Beihilfe des öffentlichen Dienstes?	ja nein	

Wer hat uns empfohlen, bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ja, ich willige hiermit ein, Informationen zugesandt zu bekommen. Die Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja nein	Haben Sie Kiefergelenkschmerzen?	ja nein
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja	Sind Sie mit der Ästhetik (Aussehen) Ihrer Zähne	
Geht Ihr Zahnfleisch zurück?	ja nein	zufrieden?	ja nein

Liegen bei Ihnen Grunderkrankungen oder gesundheitliche Risiken vor?

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	ja nein	Leiden Sie an Diabetes?	ja nein
Nehmen sie zur Zeit oder regelmäßig Medikamente ein?	ja nein	Leiden Sie an einer Magen-Darmerkrankung?	ja nein
Wenn ja, welche?		Leiden Sie an Migräne?	ja nein
		Leiden Sie an grünem Star?	ja nein
		Leiden Sie an einer Prostataerkrankung?	ja nein
		Leiden Sie an Rheuma?	ja nein
Sind Sie zur Zeit schwanger?	ja nein	Haben oder hatten Sie ein Tumorleiden?	ja nein
Wer ist Ihr Hausarzt?		Wenn ja, wurden Ihnen Bisphosphonate verordnet?	ja nein
		Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten?	ja nein
Besitzen Sie einen Medikamentenplan?	ja nein	Hepatitis NB HIV/AIDS Tuberkulose	
Leiden Sie an Herz-Kreislaufferkrankungen?	ja nein	Haben Sie ein/e künstliche/s Herzklappe/Gelenk	
Wenn ja, welche?		(Hüfte, Knie, Schulter)/Herzschrittmacher?	ja nein
		Leiden Sie an Asthma?	ja nein
Sind Sie auf bestimmte Stoffe/Medikamente allergisch?	ja nein	Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	ja nein
Wenn ja, welche?		Rauchen Sie?	ja, ca. Zigaretten/Tag nein

Liegen bei Ihnen besondere Umstände bei der zahnärztlichen Behandlung vor?

Gab es Nebenwirkungen bei zahnärztlichen Injektionen? Wenn ja, welche?	ja	nein	Besitzen Sie herausnehmbaren Zahnersatz (Prothesen)? Wenn ja, seit welchem Jahr etwa?	ja	nein
Besitzen Sie festsitzenden Zahnersatz (Kronen, Brücken)? Wenn ja, in welchem Jahr etwa?	ja	nein	Wurde eine Zahnfleischbehandlung bisher durchgeführt? Wenn ja, in welchem Jahr etwa?	ja	nein
Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?	ja	nein	Wurde schon einmal eine Knirscherschiene gefertigt? Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenbilder Ihrer Zähne gemacht?	ja	nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Amalgam Entfernung?	ja	nein	Parodontalbehandlung?	ja	nein
Ästhetische Zahnheilkunde?	ja	nein	Kiefergelenkbehandlung?	ja	nein
Zahnfarbene Keramikfüllungen?	ja	nein	Implantate?	ja	nein
Zahnaufhellung/Bleaching?	ja	nein	Sonstiges:		

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem Interesse vollständig, Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich. Sobald sich an diesen Angaben etwas ändert, teilen sie uns dieses bitte sofort mit.

Wir bitten Sie höflich, die vereinbarten Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte spätestens 24 Stunden vorher mit, ansonsten kann Ihnen der Behandlungsausfall lt. BGB in Rechnung gestellt werden.

Ort / Datum

Unterschrift