

ANMELDUNG

Patient Name..... Vorname..... geb.....
 Versicherter Name..... Vorname..... geb.....
 Anschrift PLZ..... Wohnort.....
 Straße.....
 Telefon..... Mobil.....
 E-Mail.....
 Krankenkasse gesetzlich privat Zahnzusatzversicherung
 Beruf Arbeitgeber.....

ANAMNESEBOGEN / GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Für eine komplikationslose, und Ihrem Anliegen entsprechende Behandlung, benötigen wir folgende Angaben von Ihnen. Bitte kreuzen Sie zutreffende Antworten an.

ALLG. GESUNDHEIT

	ja / nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Herz- Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Künstliche Herzklappen	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Glaukom / Erhöhter Augendruck	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
.....	
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
.....	

ZAHNGESUNDHEIT

	ja / nein
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Zahnfleischrückgang	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Geräusche im Kiefergelenk	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Knirschen oder pressen Sie?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Kopf- und/oder Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
"Schlechter" Geschmack im Mund	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Farbe, Form und Stellung Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
.....	
Wann wurden Sie das letzte Mal an den Zähnen geröntgt?
.....	
Nur für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

ALLGEMEINE ANGABEN UND INFORMATIONEN

Führt Sie ein besonderes Anliegen in unsere Praxis?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? (Empfehlung, Internet, usw.)

Sind Sie an einem Recallservice (Erinnerungsservice) für Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxe interessiert?
 ja bitte, und zwar per Postkarte..... E-Mail..... SMS
 nein

Mit Ihnen vereinbarte Behandlungszeiten werden ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie diese nicht einhalten können, bitten wir Sie uns dies spätestens 24 Stunden vor dem jeweiligen Termin bekannt zu geben, damit wir ihn anderweitig vergeben können. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine stellen wir in Rechnung.

Datum Unterschrift