

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Handynr.: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
Vorbehandler: \_\_\_\_\_  
Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?  
Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Wer soll die Rechnung erhalten?  
Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Bestehen gesundheitliche Risiken?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Haben Sie einen Allergiepass?	ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben oder hatten Sie jemals Hepatitis?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Osteoporoseerkrankung oder eine Bisphosphonattherapie vor?	ja / nein
Haben Sie grünen Star?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche ja / nein
Nehmen Sie Medikamente ein?	_____

### Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Hätten Sie gerne hellere Zähne?	ja / nein
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	ja / nein
Fand in den letzten zwei Jahren eine Röntgenuntersuchung statt?	ja / nein
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?	ja / nein
Haben Sie den Wunsch, Ihre Zahnästhetik zu verbessern?	ja / nein
Haben Sie schon mit beherdeten (entzündeten) Zähnen zu tun gehabt?	ja / nein
Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung?	ja / nein
Möchten Sie regelmäßig an Ihre Kontrolluntersuchung erinnert werden (Recall)?	ja / nein
Kennen Sie unsere Internethomepage <a href="http://www.zahnarzt-greven.de">www.zahnarzt-greven.de</a> ?	ja / nein
Haben Sie eine private Zusatzversicherung?	ja / nein

**Bitte halten Sie Ihre Termine unbedingt ein !**

**Sollten Sie einmal verhindert sein, bitten wir Sie um Ihre rechtzeitige Absage - mindestens 24 Std. vorher.**