



Anmelde- und Anamnesebogen

Lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns ihre Zahngesundheit anvertrauen. Ihre Gesundheitsdaten sind wichtig für die Erkennung und Behandlung Ihrer Erkrankung und unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.

Vielen Dank.

NAME DES PATIENTEN	VORNAME	GEBURTSDATUM
NAME DES VERSICHERTEN	VORNAME	GEBURTSDATUM
POSTLEITZAHL/WOHNORT	STRASSE/HAUSNUMMER	EMAIL UND TELEFON
KRANKENKASSE	BEI PRIVATVERSICHERUNG <input type="checkbox"/> BASISTARIF <input type="checkbox"/> STANDARDTARIF VERSICHERT GEMÄß §257 ABS. 2A SGB V.	ZUSATZVERSICHERUNG <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
HAUSARZT/KINDERARZT- ORT	BERUF	ARBEITGEBER

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von _____ Telefonbuch Internet Sonstiges

Keine Änderung seit letzter Anamnese (Nur anzukreuzen, wenn Sie bereits Patient bei uns sind!)

-> Bitte füllen Sie nur noch auf der Rückseite den unteren Abschnitt aus!

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie den Termin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeitszeit in Rechnung gestellt wird. (§ 304, § 615 BGB)

Bitte wenden!

Herz- und/oder Kreislaufbeschwerden (Endokarditis, Rhythmusstörungen, Infarkt etc.) Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung, niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeit (generelle Überempfindlichkeiten)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Magen-, Darmerkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gelbsucht (Hepatitis A,B,C)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HIV Infektion, Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Krankheiten (Leber, Niere, zentrales Nervensystem) wegen der Sie in ärztlicher Behandlung sind? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? Bitte Medikationsplan vorlegen!	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie mit Bisphosphonate (Medikamente bei Osteoporose) behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnfleischerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ergänzung _____

Ketsch, den _____ Unterschrift: _____

Einwilligungserklärung

Möchten Sie, dass wir Sie alle 6 Monate an die nächste Kontrolluntersuchung erinnern? ja nein

Wenn ja, benötigen wir Ihre E-Mail Adresse: _____

Dürfen wir Sie per SMS an Ihre Termine erinnern? ja nein

Wenn ja, benötigen wir Ihre Handy Nummer: _____

Ketsch, den _____ Unterschrift: _____

Sie können Ihre Einwilligung zu jeder Zeit (schriftlich oder mündlich) ohne Angabe von Gründen widerrufen.
Vielen Dank.