



Anamnesebogen/Anmeldung

Bitte vor der Behandlung so genau wie möglich ausfüllen und abgeben!

Nachname und Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Versicherter (bei Familienversicherung)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon tagsüber

Krankenkasse oder Versicherung

Versicherungsnummer

Bei Privatrechnung, Rechnung an

Arbeitgeber

Beruf

Hausarzt: Name, Adresse, Telefon

Allgemeine Angaben:

(Patientinnen) Schwangerschaft ja nein

Röntgenpass vorhanden? ja nein wenn nein, Datum letzte Zahn-Röntgenaufnahme?

Erkrankungen:

wenn ja, welche?

Herz-/Kreislaufkrankungen ja nein

Herzschrittmacher? ja nein

Bluthochdruck? ja nein

Blutgerinnungsstörung? ja nein

Infektionskrankheit? ja nein

Allergie, Unverträglichkeit? ja nein

Stoffwechselerkrankung? (z.B. Diabetes) ja nein

Immundefekt? (z.B. AIDS, TBC) ja nein

sonstige Erkrankungen? (z.B. Magen-Darm) ja nein



Medikamente? ja nein wenn ja, bitte vollständige Medikamentenliste

Besondere Patientenwünsche:

Sonstiges:

Behandlung unter lokaler Betäubung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Beratung über Bleaching/Zahnaufhellung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Beratung über Schnarchtherapie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Professionelle Zahnreinigung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Informationen zur Kinderprophylaxe	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Benachrichtigungs-/Recallsystem erwünscht	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen.

Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Setzen Sie uns über Ihre Verhinderung nicht rechtzeitig in Kenntnis, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615/280 BGB).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

_____	_____
Ort/Datum	Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter