



Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort : _____
Adresse: _____

Telefon: _____
Beruf: _____
Telefon: _____
Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Wer soll die Rechnung erhalten? _____
Erhalten Sie Beihilfe des öffentlichen Dienstes? ja nein
O O
Wer hat uns empfohlen? _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

	ja	nein		ja	nein
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Kiefergelenksschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wurden Röntgenbilder erstellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Ihre Zähne gelockert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wann? : _____		

Bestehen gesundheitliche Risiken?

	ja	nein		ja	nein
Wenn ja, welche? _____			Leiden Sie an Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besitzen Sie einen Gesundheitspass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nehmen Sie Medikamente, wenn ja welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Leiden Sie an Herz-/Kreislaufkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____			Leiden Sie an Magen-/Darmerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie empfindlich gegen bestimmte Stoffe, Medikamente, Metall etc?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie an Migräne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche? _____			Leiden Sie an grünem Star?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie an einer Prostataerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente für die Blutgerinnung ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie an Rheuma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis; Aids, Kinderkrankheiten)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie an Asthma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, Welche? _____			Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wer ist Ihr Hausarzt? _____		

Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach GOZ berechnen müssen!

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten innerhalb der Praxismgemeinschaft und an einen möglichen Praxisnachfolger weitergegeben werden:

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Hannover, den _____

Unterschrift