

Anmeldebogen mit Anamnese

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

 Telefon: _____
 E-Mail: _____
 Beruf: _____

 Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?

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

Wer soll die Rechnung erhalten? _____
 Haben Sie eine Zusatzversicherung ja nein
 Wer hat uns empfohlen? _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Möchten Sie an Recall teilnehmen ja nein

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein
 Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? ja nein
 Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? ja nein
 Wurden Röntgenbilder erstellt? ja nein
 Wann? _____

Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an Diabetes? ja nein

Leiden Sie an Herz-/Kreislaufkrankungen? ja nein
 Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Sind Sie empfindlich gegen bestimmte Stoffe, Medikamente, Metall etc? ja nein

Leiden Sie an Magen-/Darmerkrankungen? ja nein

Nehmen Sie Medikamente für die Blutgerinnung ein? ja nein

Leiden Sie an grünem Star? ja nein
 Leiden Sie an einer Prostataerkrankung? ja nein

Bestehen Infektionserkrankungen? (z.B. Hepatitis, Aids, Kinderkrankheiten) ja nein

Leiden Sie an Rheuma? ja nein

Wenn ja, Welche? _____

Leiden Sie an Asthma? ja nein
 Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

**Beantworten Sie alle Fragen in ihrem eigenen Interesse.
 Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

Bitte habe Sie Verständnis, dass bei Nichteinhaltung eines vereinbarten Termins ein Honorar für die Ausfallzeit berechnet werden kann.

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

Frankfurt, den _____

Datum

Unterschrift