

Anmeldebogen mit Anamnese

Patient:

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

Tel. Privat: _____
Tel. Mobil: _____
Tel. Arbeit: _____
Krankenkasse: _____

selbst versichert oder versichert mit
 Ehemann Ehefrau Vater Mutter

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

Rechnung an: Patient Versicherter andere

Name: _____
Adresse: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Bestehen gesundheitliche Risiken? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Herz-Kreislauf-Erkrankung:

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herzklappenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzrythmusstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Allergien/ Unverträglichkeiten gegen:

Antibiotikaallergie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schmerzmittelallergie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lokalanästhetika	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Latexallergie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Andere Allergien	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Allergiepass	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Welche? _____

Liegen weitere Erkrankungen vor?

HIV (Aids)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Tumorerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hepatitis	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> nein	Lebererkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 <input type="radio"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Prostataerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Migräne	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Epilepsie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Osteoporose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Grüner Star	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Rheuma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Sonstiges:

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein Welche? _____

Sonstige Medikamente? ja nein Welche? _____

Haben Sie künstliche Gelenke? ja nein Welche? _____

Benötigen Sie vor zahnärztlichen Behandlungen eine Endokarditisprophylaxe? ja nein

Werden/wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? ja nein

Hatten Sie einen Schlaganfall, wenn ja wann? ja nein Wann? _____

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? ja nein Woche? _____

Rauchen Sie? ja nein

Existieren Zahn-/ Kiefer- Röntgenbilder jüngeren Datums? ja nein Praxis: _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Kontrolluntersuchung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Zahnersatz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Implantate	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Professionelle Zahnreinigung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zahnaufhellung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Kiefergelenksbeschwerden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Amalgamaustausch (Füllungen)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Verspannungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schmerzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Beratung: _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Wünschen Sie von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? ja nein

Erinnerung:

Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihre regelmäßige Kontrolluntersuchung (für das Bonusheft)? ja nein

1x jährlich 2x jährlich Post SMS email _____

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter

Ort und Datum