

Anmeldung und Anamnesebogen



Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Tel. Privat, Mobil

Arbeitgeber

E-Mail

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Beruf

Tel. Arbeitsplatz

Krankenkasse

**Wenn Sie nicht selbst Mitglied einer
Krankenversicherung sind, wer ist versichert?**

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

Ja

Nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Internet

Anzeigen

Flyer

Empfehlung von... / Sonstiges

Wie heißt Ihr behandelnder Hausarzt? _____

Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung?

Ja

Nein

Wenn ja, aus welchem Grund

Bestehen gesundheitliche Risiken/Krankheiten?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Gab es jemals Probleme bei ärztlicher Behandlung?

Ja

Nein

(Z.B. bei Spritzen oder Anästhesie)

Wenn ja, welche?

Haben Sie Diabetes? Ja Nein

Bluterkrankungen oder abnorme Blutungsneigung
(Z.B. nach Verletzungen)? Ja Nein

Herz-/Kreislaufferkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? Ja Nein

Überfunktion Unterfunktion

Haben Sie eine Infektionskrankheit? Ja Nein

Tuberkulose HIV Hepatitis

Sonstige _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe, haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Wenn ja, auf welche Stoffe reagieren Sie?

Welche Beschwerden können Sie angeben?

Spannungskopfschmerz Zahnwanderungen
 Zähneknirschen Kiefergelenkschmerzen

Wünschen Sie unseren Recall? Ja Nein

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie an Ihre Vorsorge per Briefpost zu erinnern?

Datum und Unterschrift

Neigen Sie zur Ohnmacht? Ja Nein

Haben Sie Erkrankungen der Atemwege (Asthma)? Ja Nein

Leiden Sie unter Migräne? Ja Nein

Haben Sie grünen Star? Ja Nein

Tragen Sie eine Gelenk-, Gefäß-oder Herzklappenprothese? Ja Nein

Haben Sie eine Magen-/Darm oder Nierenerkrankung? Ja Nein

Haben Sie Osteoporose? Ja Nein

Leiden Sie an Blutarmut? Ja Nein

Wurden Sie in den vergangenen 3 Monaten stationär im Krankenhaus behandelt? Ja Nein

Für Frauen

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zahnfleischentzündung/-bluten
 Hörgeräusche/Schwindel

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen.

Des weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

Bitte drucken Sie dieses Formular aus, unterschreiben es und bringen es zu Ihrem nächsten Termin mit.