



Anmeldebogen mit Anamnese

Liebe/r Patient/in,
schön, dass Sie bei uns sind!
Ihre Gesundheit ist uns wichtig!

Patient:	<input type="checkbox"/> selbst versichert oder versichert mit	<input type="checkbox"/> Ehemann	<input type="checkbox"/> Ehefrau	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter
Name, Vorname:	_____	Name, Vorname:	_____		
Geburtsdatum:	_____	Geburtsdatum:	_____		
Geburtsort:	_____	Geburtsort:	_____		
Adresse:	_____	Adresse:	_____		
Telefon: privat:	_____	Rechnung an	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Versicherter	<input type="checkbox"/> andere
Büro:	_____	Name, Vorname:	_____		
mobil:	_____	Adresse:	_____		
Emailadresse:	_____				
Beruf:	_____				
Krankenkasse:	_____	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat		

Bestehen gesundheitliche Risiken (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Allergien/Unverträglichkeiten

Antibiotikaallergie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Latexallergie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere Allergien	<input type="checkbox"/> ja, welche _____		<input type="checkbox"/> nein

Liegen weitere Erkrankungen vor?

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

Sonstiges

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche? _____
Sonstige Medikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche? _____
Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche? _____
Benötigen Sie vor zahnärztlichen Behandlungen eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Werden/wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hatten Sie einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann? _____
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, in welcher Woche? _____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zahnersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	unsichtbare Keramikfüllungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Veneers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnaufhellung (Bleaching)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zahnfleischbluten/Mundgeruch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnästhetik/Kosmetik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kiefergelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Implantate	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beratung	_____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Erinnerung: Wie wünschen Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert zu werden?

Telefonisch Email per Post

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter

Ort und Datum