

Anmeldebogen mit Anamnese



Moritz Aldag
ZAHNHEILKUNDE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams.

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

E-Mail privat: _____

Telefon privat: _____

Mobil: _____

Geschäftlich: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Krankenkasse: _____

Wer ist Hauptversicherter ?

Wer bekommt die Rechnungen ?

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes ? ja o nein o

Sind Sie pflichtversichert ? ja o nein o

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung ? ja o nein o

Bestehen gesundheitliche Risiken ? ja o nein o

Wenn ja, welche ? _____

Leiden Sie an einer Allergie ? ja o nein o

Welche ? _____

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung ? ja o nein o

Haben Sie eine Herz-/Kreislaferkrankung ? ja o nein o

Haben Sie Gerinnungsstörungen ? ja o nein o

Haben Sie einen hohen Blutdruck ? ja o nein o

Haben Sie einen niedrigen Blutdruck ? ja o nein o

Nehmen Sie Bisphosphonate ein ? ja o nein o

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor ? ja o nein o

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit ? ja o nein o

HIV o Hepatitis B o Hepatitis C o

Bitte wenden.

www.zahnarzt-lage.de

Nehmen Sie Medikamente ein ? ja o nein o

Wenn ja, welche ?

Haben Sie eine Nierenerkrankung ? ja o nein o

Leiden Sie unter Migräne ? ja o nein o

Haben Sie Grünen Star ? ja o nein o

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung ? ja o nein o

Rauchen Sie ? ja o nein o

Sind Sie schwanger ? ja o nein o

Wenn ja, in welcher Woche ? _____

Blutet Ihr Zahnfleisch oder zieht es sich zurück ? ja o nein o

Sind Ihre Zähne gelockert ? ja o nein o

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk ? ja o nein o

Besitzen Sie einen Röntgenpass ? ja o nein o

Wurden Sie innerhalb der letzten zwei Jahre zahnärztlich geröntgt ? ja o nein o

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig ? ja o nein o

Möchten Sie darüber eine Beratung ? ja o nein o

Wie möchten Sie an regelmäßige Termine erinnert werden ? o per E-Mail o telefonisch

Was ist Ihnen wichtig bei Ihrem Zahnarzt ?

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor ?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?

Eine Abtretung Ihres Behandlungsvertrages an Ihre Versicherung ist ohne Zustimmung des Zahnarztes unzulässig. Eine Behandlung unter dem Faktor 2,3 wird nicht durchgeführt.

Wir bitten Sie, Termine, welche Sie nicht wahrnehmen können, vor Behandlungsbeginn telefonisch oder per Email abzusagen. Andernfalls behält sich die Praxis vor, eine Ausfallgebühr in Höhe von 40 € pro angefangene halbe Stunde zu berechnen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

www.zahnarzt-lage.de