

Anmeldebogen mit Anamnese

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen auszufüllen, bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname:	_____	mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum:	_____	Name: _____
Adresse:	_____	Vorname: _____
	_____	Geburtsdatum: _____
Telefon privat:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Telefon geschäftlich:	_____	Name: _____
Mobil:	_____	Adresse: _____
E-Mail:	_____	
Beruf:	_____	
Arbeitgeber, Ort:	_____	Krankenkasse _____

Wenn Sie privat versichert sind, haben Sie einen Basistarif?..... ja / nein

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, haben Sie eine Zusatzversicherung?..... ja / nein

Name und Anschrift Ihres Hausarztes _____

Warum haben Sie speziell unsere Praxis aufgesucht? (zufällig, auf Empfehlung von ..., Homepage, etc.)

Weshalb kommen Sie zu uns?

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?..... ja / nein

Sind Ihre Zähne kalt/heiß empfindlich?..... ja / nein

Haben Sie Zahnfleischbluten?..... ja / nein

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Herz- / Kreislauf

Leber-/Magen-/Darm

HIV positiv

Astma

Rheuma

Diabetes

Schilddrüse

Nerven

Migräne

grüner Star

Allergien? _____

Medikamente? _____

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

Knirschen Sie mit den Zähnen?..... ja / nein

Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?..... ja / nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?..... ja / nein

Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?..... ja / nein

Wünschen Sie eine Behandlung in Hypnose?..... ja / nein

Bei nicht eingehaltenen, bzw. nicht rechtzeitig abgesagten Terminen behalten wir uns vor Ihnen die Zeit in Rechnung zu stellen

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

Wendlingen, den _____

Unterschrift