



Anmeldebogen mit Anamnese

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche sprechen, benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person.

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
Vorname: _____	Name: _____
Geburtsdatum-/Ort: _____	
Geburtsort: _____	
Adresse: _____	Vorname: _____
	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat: _____	Beruf: _____
	Wer soll die Rechnung erhalten?
Arbeitgeber, Ort: _____	Name: _____
	Adresse: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____	
Krankenkasse: _____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
pflichtversichert: ja / nein	Dienstes? ja / nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Haben Sie eine Allergie, wenn ja, welche? _____	ja / nein
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis B?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis C?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	ja / nein
Nehmen Sie Medikamente, wenn ja, welche: _____	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Bitte teilen Sie uns Änderungen zu den obigen Angaben umgehend mit.

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

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in, bei Kindern Erziehungsberechtigte(r)