



ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

| | | | |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------|--------|
| Name des Patienten | Vorname | geboren | Beruf |
| Name des Versicherten | Vorname | geboren | Beruf |
| Postleitzahl/Wohnort | Straße/Hausnummer | Telefon/Mobil Fax | E-Mail |
| Krankenkasse | Freiwillig versichert | Zusatzversicherung | |
| Arbeitgeber | | | |
| Überweisender Zahnarzt/Arzt | | Hausarzt/Kinderarzt | |

Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht. Wir bitten Sie, die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Die Beantwortung ist wichtig für die Erkennung und Behandlung Ihrer Erkrankung. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Herz- und/oder Kreislaufbeschwerden (Endokarditis, Herzschwäche, Infarkt)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2 | Bluterkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3 | Gerinnungsstörungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4 | Ohnmachtsneigung, niedriger Blutdruck? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5 | Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeit (generelle Überempfindlichkeiten)? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6 | Asthma? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7 | Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8 | Schilddrüsenerkrankung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 9 | Magen-, Darm-, Nierenerkrankung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | | |
|----|--|---|
| 10 | Gelbsucht (Hepatitis A, B, C)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 11 | HIV-Infektion? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12 | Sonstige Krankheiten (Leber, Niere, Darm, Schilddrüse ...) wegen der Sie in ständiger ärztlicher Behandlung oder Überwachung stehen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 13 | Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 14 | Wurden Sie mit Bisphosphonaten (Medikament bei Osteoporose) behandelt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 15 | Sind Sie schwanger? In welcher Woche? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 16 | Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 17 | Zahnfleischerkrankung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 18 | Wünschen Sie Informationen über Implantate? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 19 | Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 20 | Sind Sie beihilfeberechtigt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 21 | Haben Sie Schmerzen? Wo? Seit wann? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet
 divers

Telefonbuch

Empfehlung von: _____

Ergänzungen _____

Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters