

Anamnese / Anmeldung

Patient (Name,Vorname) geb. am

Straße, Nr. PLZ, Wohnort

Telefon privat Handy

() _____ () _____ () _____ () _____
 Gesetzliche Krankenkasse Zusatzversicherung Private Krankenversicherung Beihilfe

Im Interesse einer reibungslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte kreuzen Sie die unten aufgeführten Fragen an: Ja Nein

Infektionskrankheiten wie Aids ? Hepatitis?		
Penicillin- Überempfindlichkeit ?		
Allergien -> Welche:		
Herz- oder Kreislauferkrankungen ? Herzschrittmacher? ()		
Blutkrankheit oder Blutgerinnungsstörungen ? Blutverdünner?		
Lebererkrankung oder Gelbsucht ?		
Atemwegserkrankungen? Asthma?		
Schilddrüsenerkrankung ?		
Zuckerkrankheit /Diabetes? (welcher Typ?)		
Psychische Erkrankungen? (Depressionen)		
Wurden Sie im letzten Jahr im Zahn- und Kieferbereich geröntgt? (außer bei Uns)		
Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Welche SSW?		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente für eine der oben mit JA markierten Krankheiten ein? _____

Wenn Sie eine der oben genannten Fragen mit JA beantwortet haben, notieren Sie bitte den Namen Ihres Hausarztes ggf. Kardiologen und dessen Tel. Nr. (falls zur Hand).

Sonstiges:(Möchten Sie uns noch irgendetwas mitteilen?) _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden: _____

Wünschen Sie generell eine **Betäubung**, wenn eine Behandlung ansteht? nein vielleicht ja
 Haben Sie **Angst** vor einer Zahnbehandlung? () () ()
() () ()

Möchten Sie unseren unverbindlichen Service in Anspruch nehmen und an Ihre Zahnvorsorge erinnert werden? nein () ja () ->Alle 6 Monate () Alle 12 Monate ()

Datum Unterschrift