



Anmeldebogen mit Anamnese

Bitte gut lesbar ausfüllen und zutreffendes bitte ankreuzen.

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Tel. Privat / Handy:
Beruf:
Arbeitgeber, Ort:
Tel. Arbeitsplatz:
Krankenkasse:
Pflichtversichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind,
wer ist Versicherter?

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wer soll die Rechnung erhalten?
Name:

Adresse:

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja nein

Hausarzt:

Wer hat uns empfohlen?

Bestehen gesundheitliche Risiken? (Andere als nachstehend gefragt) Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien/Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie HIV positiv?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Diabetes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie grünen oder grauen Star?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Asthma?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie hohen oder niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Hepatitis B oder C?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Migräne?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Prostataerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche: <input type="text"/> Woche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Welche Medikamente nehmen Sie?

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

Haben Sie Zahnschmerzen/Kiefergelenksbeschwerden? ja nein

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

Haben Sie Zahnfleischbluten/Rückgang? ja nein

Möchten Sie darüber eine Beratung? ja nein

**Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Salzgitter, den

Datum

Unterschrift