

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Wenn Sie familienversichert sind, wer ist der  
Hauptversicherungsträger?

Name: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen, bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Was ist Ihr Hauptanliegen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie Medikamente?

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

### **Zutreffendes bitte einkreisen:**

Reagieren Sie empfindlich auf bestimmte Stoffe? ja / nein

Wenn ja, auf welche?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Gerinnungsstörungen (Bluten Sie lange nach Verletzungen?) ja / nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja / nein

Haben Sie Diabetes? ja / nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja / nein

Leiden Sie unter Migräne? ja / nein

Haben Sie Grünen Star? ja / nein

Haben Sie Asthma? ja / nein

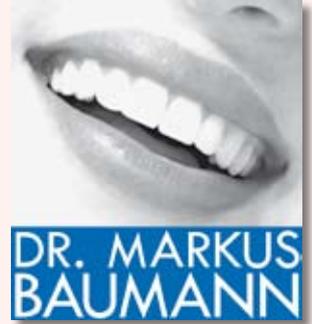
Sind Sie schwanger, wenn ja in welchem Monat? Monat ja / nein

Haben Sie Infektionskrankheiten?

Hepatitis B? ja / nein

Hepatitis C? ja / nein

HIV? ja / nein



**Zutreffendes bitte einkreisen:**

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

- |   |           |
|---|-----------|
| Haben Sie Zahnschmerzen?                            | ja / nein |
| Blutet Ihr Zahnfleisch?                             | ja / nein |
| Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?                  | ja / nein |
| Sind Ihre Zähne gelockert?                          | ja / nein |
| Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? | ja / nein |
| Fand eine Röntgenuntersuchung statt?                | ja / nein |

Wünschen Sie eine Beratung über:

- |                            |           |
|----------------------------|-----------|
| Implantate?                | ja / nein |
| Ästhetische Zahnheilkunde? | ja / nein |
| Parodontalbehandlungen?    | ja / nein |
| Prophylaxe?                | ja / nein |

- |  |           |
|--|-----------|
| Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?  | ja / nein |
| Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?                                       | ja / nein |
| Möchten Sie, um Ihren Bonus nicht zu verlieren,<br>durch uns an Ihren nächsten Termin erinnert werden? | ja / nein |

- |   |           |
|---|-----------|
| Möchten Sie per E-Mail durch unseren Newsletter über Neuigkeiten informiert werden? | ja / nein |
|---|-----------|

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

Ich bestätige, folgende Angaben nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

**Spockhövel,**

---