

Anmeldebogen mit Anamnese

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

	Bitte zutreffendes ankreuzen	ja / nein
<u>Bestehen gesundheitliche Risiken oder Erkrankungen?</u>		
Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?		
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie Allergien? Wenn JA welche _____		O / O
Haben Sie Gerinnungsstörungen?		O / O
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?		O / O
Sind Sie HIV positiv?		O / O
Haben Sie Hepatitis B/C?		O / O
Haben Sie Diabetes?		O / O
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?		O / O
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?		O / O
Leiden Sie unter Migräne?		O / O
Haben Sie grünen Star?		O / O
Haben Sie Asthma?		O / O
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____ Woche		O / O
Blutet Ihr Zahnfleisch?		O / O
Sind Ihre Zähne gelockert?		O / O
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk?		O / O
Rauchen Sie? Wenn ja wie viel _____		O / O
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?		O / O

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.

Lindenberg, den

Unterschrift Patient