

Anmeldebogen mit Anamnese

31. Januar 2018

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Tel. Privat: _____
Email: _____
Beruf: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert: ja / nein
Geburtsort: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
mitglied sind, wer ist Versicherter?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?
Name: _____
Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes? ja / nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja / nein
Sind Sie HIV positiv? ja / nein
Haben Sie Hepatitis B? ja / nein
Haben Sie Hepatitis C? ja / nein
Haben Sie Diabetes? ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? 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 eine Prostataerkrankung? ja / nein
Haben Sie Asthma? ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche ja / nein
Rauchen Sie? wieviel? ja / nein
Wünschen Sie die Teilnahme an unserem Erinnerungsdienst? ja / nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja / nein

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
Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja / nein
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? 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.

Essen, den _____