

# Anmeldebogen mit Anamnese

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_  
Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Tel. geschäftl.: \_\_\_\_\_  
Tel. mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Pflegegrad:  ja Stufe: \_\_\_\_\_  
 nein

Versichertenstatus:

**gesetzlich versichert**

**privat versichert**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung:

ja  nein

Beihilfe:

ja  nein

**Versicherter (falls abweichend vom Patient):**

Abweichende Rechnungsadresse:

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

## Bestehen gesundheitliche Risiken?

- Blutgerinnungsstörungen  Herz- Kreislauferkrankungen  Hepatitis B  
 Herzschrittmacher, Stents, etc  Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung  Hepatitis C  
 Schilddrüsenerkrankung  Asthma  Infektionskrankheiten/HIV/Tbc  
 Migräne  Diabetes  Raucher  
 Allergien ➡ Auf welche Stoffe?: \_\_\_\_\_  
 Schwangerschaft ➡ Welcher Monat?: \_\_\_\_\_  
 Wurden Ihnen schon einmal Bisphosphonate verabreicht ➡ Wann? \_\_\_\_\_  
 Nehmen Sie Medikamente? ➡ Welche?: \_\_\_\_\_

## Ihr Anliegen:

- Zahnschmerzen  Kontrolluntersuchung  Zahnfleischbluten  
 Kiefergelenkschmerzen  Parodontose  Zahnfehlstellung  
 Ästhetik  Schleimhautveränderungen

Ich bestätige, die vorstehenden Angaben vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Änderungen bezüglich meines Gesundheitszustandes oder meiner persönlichen Daten werde ich umgehend und unaufgefordert mitteilen.

Datum

Unterschrift

Aus dem zwischen dem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter entstandenen Behandlungsvertrag behalten wir uns vor, **vereinbarte Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, nach BGB § 611/615 in Rechnung zu stellen.**

Datum

Unterschrift