

Anmeldebogen mit Anamnese

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

Wer hat uns empfohlen? _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen (zutreffendes bitte ankreuzen):

- * Allergie (welche)
- * Anfallsleiden (Epilepsie)
- * Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma)
- * Blutgerinnungsstörungen
- * Diabetes
- * Glaukom (erhöhter Augendruck)
- * Herz-Kreislaufkrankung
- * Herzschrittmacher
- * Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)
- * Lebererkrankung
- * Magen-/Darmerkrankungen?
- * Nierenerkrankung
- * Osteoporose
- * Rheumatoide Arthritis
- * Schilddrüsenerkrankung
- * Tumorerkrankung
- Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

Welche Wünsche und Beschwerden führen Sie zu uns?

- | | |
|---|---|
| Haben Sie Zahnschmerzen? <input type="checkbox"/> | Haben Sie Geräusche oder Schmerzen |
| Blutet Ihr Zahnfleisch? <input type="checkbox"/> | im Kiefergelenk? <input type="checkbox"/> |
| Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? <input type="checkbox"/> | Sind Ihre Zähne gelockert? <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: _____ | |

Lehnen Sie Amalgam als Füllungsmaterial ab?

Haben Sie schon mal eine professionelle Zahnreinigung (PZR) erhalten?

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.

Peißenberg, den _____