



ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsort:	_____
Adresse:	_____		
Telefon privat:	_____	Mobil:	_____
Beruf:	_____	Email:	_____
Arbeitgeber, Ort:	_____		
Krankenkasse:	_____	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig vers.
<i>Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Mitglied?</i>			
Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____		
Adresse:	_____		
Wer soll die Rechnung erhalten?	_____		
Haben Sie eine Zusatzversicherung?	_____		
Erhalten Sie Beihilfe des öffentlichen Dienstes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	_____		

Bestehen gesundheitliche Risiken?

(Erläuterungen)

Künstliche Gelenke, Implantate?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Leiden Sie an Herz-/Kreislaufkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Nehmen Sie Medikamente für die Blutgerinnung ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Leiden Sie an Diabetes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Besteht eine Lebererkrankung (Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Bestehen andere Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Kinderkrankheiten)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Sind Sie allergisch gegen bestimmte Stoffe, Medikamente, Metall etc.?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Leiden Sie an Magen-/Darmerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Leiden Sie an Migräne?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Leiden Sie an grünem Star?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Leiden Sie an Rheuma?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Leiden Sie an Asthma?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Leiden Sie an Epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Wer ist Ihr Hausarzt?	_____		



Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt und elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

- Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein
Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein
Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? ja nein
Pressen oder Knirschen Sie? ja nein
Tinnitus? ja nein
Halitosis (Mundgeruch) ja nein
Wünschen Sie hellere Zähne? ja nein

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Rauchen Sie? ja nein

Wurden Röntgenbilder im Kopfbereich erstellt? ja nein Wann? _____

Hinweise zur Organisation:

Sie können einen Termin nicht einhalten? Da die Praxis nach dem Bestellprinzip geführt wird, bitten wir Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid zu geben. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr gemäß § 615 BGB in Rechnung stellen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben

Ebersberg, _____ X _____
Unterschrift

<i>Erinnerung an den Zahnarzttermin</i>	
Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an die fälligen Kontrolluntersuchungen.	
<input type="checkbox"/> per SMS	<input type="checkbox"/> telefonisch
Ebersberg, _____ (Datum)	x _____ (Unterschrift)

Selbstverständlich verarbeiten wir Ihre Daten mit der gebotenen Sensibilität. Deshalb setzen wir die ab dem 25. Mai.2018 geltende **EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)** konsequent um.