

## Anmeldebogen mit Anamnese

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

#### Patient

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail privat: \_\_\_\_\_

#### Telefonnummern

Privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Geschäftlich: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Hauptversicherter

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

#### Rechnungsempfänger

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja  nein

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

Pflichtversichert: ja  nein

Wer ist Ihr/Ihre Hausarzt/Hauszahnärztin oder Ihr Überweiser

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Bestehen gesundheitliche Risiken?  
Falls ja, welche?

ja  nein

---

---

Leiden Sie an einer Allergie?  
Falls ja, an welcher?

ja  nein

---

---

Haben Sie ...

eine Magen-/Darmerkrankung? ja  nein

eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja  nein

Gerinnungsstörungen? ja  nein

einen hohen Blutdruck? ja  nein

einen niedrigen Blutdruck? ja  nein

Diabetes? ja  nein

eine Nierenerkrankung? ja  nein

grünen Star? ja  nein

oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja  nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja  nein

Sind Sie schwanger? ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie ...

an Osteoporose? ja  nein

an einer Schilddrüsenerkrankung? ja  nein

unter Migräne? ja  nein

Liegt bei Ihnen ...

eine Infektionskrankheit vor? ja  nein

HIV  Hepatitis B  Hepatitis C

Nehmen Sie Medikamente ein? ja  nein

Falls ja, welche?

---

---

Rauchen Sie? ja  nein

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

---

---

---

---

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja  nein

Hatten Sie innerh. der letzten 2 Jahre  
eine Röntgenuntersuchung? ja  nein

Besitzen Sie einen Implantatpass? ja  nein

Als Serviceleistung erinnern wir unsere Patienten  
**einen Tag vorher** an Ihre Termine.

per E-Mail

per Telefonanruf

per SMS

nicht erwünscht

München, \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.