

## Anmelde- und Anamnesebogen für Patienten

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

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

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

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

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Ich bin **gesetzlich** versichert bei der (Krankenkasse): \_\_\_\_\_

Ich habe eine private **Zusatz**versicherung für Zahnbehandlungen.

Ich bin **privat** versichert. Versicherung: \_\_\_\_\_

Ich bin **privat** versichert **im Standardtarif** (Basistarif-Bedingungen).

Ich bin **beihilfeberechtigt** .

Wenn Sie **nicht selbst** Mitglied der Krankenversicherung sind; wer ist der/die Versicherte?

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

geb. am: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin?

\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Wenn Sie auf Empfehlung zu uns kommen; wer hat uns empfohlen?

\_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

*Bitte beachten Sie auch die Rückseite des Formulars!*

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir möchten Sie bestmöglich behandeln! Bitte helfen Sie uns dabei, indem Sie die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Sie können sich auf unsere Verschwiegenheit, zu der wir auch gesetzlich verpflichtet sind, unbedingt verlassen!

**Haben Sie einen Allergiepass?** ja  nein

**Leiden Sie unter...**

- ...hohem Blutdruck? ja  nein
- ...niedrigem Blutdruck? ja  nein
- ...Blutgerinnungsstörungen? ja  nein
- ...Herz-/Kreislaufkrankungen? ja  nein
- ...Schilddrüsenerkrankungen? ja  nein
- ...Diabetes? ja  nein
- ...grünem Star? ja  nein
- ...Epilepsie? ja  nein
- ...Osteoporose? ja  nein
- ...Asthma? ja  nein

...Unverträglichkeiten gegenüber  
Medikamenten/Materialien? ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

**Sind Sie HIV positiv?** ja  nein

**Hatten / haben Sie Hepatitis?** ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig  
Medikamente ein? ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie (eventuell) schwanger? ja  nein

Rauchen Sie? ja  nein

**Haben Sie ein Bonusheft?** ja  nein

**Leiden Sie unter...**

- ...Zahnfleischbluten? ja  nein
- ...Mundgeruch? ja  nein
- ...überempfindlichen Zähnen? ja  nein

Sind Sie mit Ihrem  
Kauvermögen zufrieden? ja  nein

Sind Sie mit dem Aussehen  
Ihrer Zähne zufrieden? ja  nein

**Falls Sie Zahnersatz tragen:**

Sind Sie damit zufrieden? ja  nein

Wie alt ist Ihr Zahnersatz ca.? \_\_\_\_\_ Jahre

**Wünschen Sie eine gezielte Beratung über...**

- ...professionelle Vorsorge?
- ...Zahnfleischprobleme?
- ...Amalgamersatz?
- ...schönere Zähne?
- ...besseren Zahnersatz?
- ...Implantate?

Ich bin einverstanden, per E-Mail –nicht öfter  
als 4x im Jahr- über Neuigkeiten aus meiner  
Zahnarztpraxis informiert zu werden.

ja  nein

(Eine Zusage können Sie jederzeit widerrufen)

**Hinweis zur Praxisorganisation:**

Diese Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, d.h. die Zeit für Ihren Termin ist exklusiv für Sie reserviert, damit Sie keine langen Wartezeiten haben. Unvorhersehbare, dringende Behandlungen können jedoch trotzdem dazu führen, dass der Termin manchmal von uns nicht exakt eingehalten werden kann.

**Sollten Sie an einem Termin verhindert sein, bitten wir Sie um umgehende Benachrichtigung. Wenn Sie einen Termin nicht einhalten, ohne uns vorher zu informieren, bitten wir um Verständnis, dass wir Ihre weiteren Termine in der Regel annullieren werden und Sie diese neu vereinbaren müssen!**

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, diesen Bogen gelesen und verstanden zu haben und alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, meinen Zahnarzt über wichtige Änderungen während des Behandlungszeitraums umgehend zu informieren.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_