



Anmeldebogen mit Anamnese

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bitte beantworten Sie uns möglichst vollständig alle Fragen, damit wir Sie optimal und risikoarm behandeln können. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Titel
Anschrift PLZ	Wohnort	Straße	Hausnummer
Telefon privat	Telefon mobil	Email	Beruf
Arbeitgeber	Telefon Arbeitsplatz	Krankenkasse	
<u>Wenn Sie nicht selbst Mitglied der Krankenversicherung sind, wer ist der Versicherte?</u>			
Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Titel
Anschrift PLZ	Wohnort	Straße	Hausnummer
pflichtversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Privatversicherte: Basistarif <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<u>Wer ist Ihr Hausarzt?</u> Name Anschrift Telefon		Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?	
<u>Bestehen gesundheitliche Risiken?</u> <u>bitte zutreffendes ankreuzen.</u>			
Herz <input type="checkbox"/> Kreislauf <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Störung Blutgerinnung <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker) <input type="checkbox"/> Lunge (Asthma etc.) <input type="checkbox"/>			
Niere <input type="checkbox"/> Leber (Gelbsucht etc.) <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Knochenerkrankungen <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/>			
Medikamentenunverträglichkeit: wenn ja, welche?			
Allergien: wenn ja, welche?			
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids etc.): wenn ja, welche?			
Sonstiges/Ergänzungen zu den Risiken:			
Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja Monat <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht			

Nehmen Sie Medikamente ein?

ja

nein

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja

nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

ja

nein

Bitte bringen Sie Medikamentenliste (in Kopie), Allergiepass (in Kopie) und Röntgenpass zur Erstuntersuchung mit.

Wünschen Sie eine gesonderte Beratung über

Zahnfleischbluten Professionelle Zahnreinigung Laser Amalgam-Alternativen Kiefergelenkstherapie

Metallfreie Implantate Metallfreien Zahnersatz Verträglichkeitstest Zahnmaterialien Mundgeruch

Haben Sie ein besonderes Anliegen oder eine spezielle Frage?

Möchten Sie an Ihren regelmäßigen Vorsorgetermin erinnert werden? (wir versenden per E-Mail)

ja

nein

Hinweis zu Komplikationen:

Die Behandlung wird auf Ihren Wunsch meist in örtlicher Betäubung durchgeführt. In äußerst seltenen Fällen kann es beim Injizieren des Betäubungsmittels zur Schädigung eines Nerven kommen. Die dadurch verursachte, möglicherweise länger andauernde Gefühlsstörung der Zunge oder Unterlippe bildet sich in der Regel zurück. In extrem seltenen Fällen kann es aber zu einer dauerhaften Schädigung kommen.

Hinweis zur Praxisorganisation:

Diese Praxis wird nach dem Terminsystem geführt. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit fest eingeplant und für Sie reserviert ist. In der Regel entstehen für Sie daher keine oder nur minimale Wartezeiten. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir um umgehende Benachrichtigung, spätestens jedoch 24 Stunden vor dem Termin.

Hinweis zur Kostenübernahme:

Wir behandeln in unserer Praxis sowohl Kassen- als auch Privatpatienten. Alle Untersuchungen im Bereich Umwelt-ZahnMedizin/UmweltMedizin sind allerdings reine Privatleistungen und werden von den gesetzlichen Versicherungen leider nicht übernommen.

Auch für Privatversicherungen gilt der Grundsatz: die Versicherung kann leisten, muss aber nicht.

Eine Kostenübernahmegarantie kann unsererseits nicht gegeben werden.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Mit meiner Unterschrift erkläre und bestätige ich, den Anamnesebogen gelesen und verstanden zu haben und vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum, Unterschrift