

Anmelde- und Anamnesebogen

Patient	Versicherter (falls nicht identisch)
Name	Name
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Straße	Straße
PLZ	PLZ
Ort	Ort
Telefon privat	
Telefon mobil	
Email (dient NUR der Kontaktaufnahme für Termine, keine Werbung oder Spam!)	
Beruf (arbeiten Sie körperlich schwer?)	
Hauszahnarzt	
Hausarzt	
Krankenkasse	
Zusatzversicherung	
Bonus erfüllt 5 oder 10 Jahre? Diese Angabe ist wichtig für Ihren Krankenkassenzuschuss	

	Ja	Nein
Waren Sie während der letzten 5 Jahre in ärztlicher Behandlung oder hatten Sie einen Krankenhausaufenthalt?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche:		
Nehmen Sie Bisphosphonate, Prolia, XGEVA oder etwas für den Knochen?		
Neigen Sie zu allergischen Reaktionen bzw. Unverträglichkeiten? Wenn ja, wogegen?		
Rauchen Sie?		

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
Niedriger Blutdruck			Hepatitis		
Hoher Blutdruck			HIV positiv		
Herzinfarkt			Drogenabhängigkeit		
Herzklappenersatz			Asthma		
Schlaganfall			Diabetes		
Ohnmachtsanfälle			Osteoporose		
Schilddrüsenerkrankung			Nierenerkrankung		
Epilepsie			Blutgerinnungsstörungen		
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)			MRSA		

	ja	nein
Ist Ihnen eine weitere Erkrankung bekannt		
Wenn ja, welche?		
Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kieferbereich geröntgt worden?		
Besteht eine Schwangerschaft?		

Ich bin damit einverstanden, dass mir Privatrechnungen über das Deutsche Zahnärztliche Rechenzentrum (DZR) oder PVS Reiss zugesandt werden. Bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen wird gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage eingeholt.

Mir ist bekannt, dass meine Straßenverkehrstauglichkeit nach Eingriffen in Lokalanästhesie eingeschränkt ist.

Bitte informieren Sie uns künftig über jede Änderungen Ihres Gesundheitszustandes.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum _____

Unterschrift _____