

Anmelde- und Anamnesebogen

Patient	Versicherter (falls nicht identisch)
Name	Name
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Straße	Straße
PLZ:	PLZ
Ort	Ort
Telefon privat:	
Telefon mobil	
Telefon dienstlich	
Beruf und Arbeitgeber	
Hauszahnarzt	
Hausarzt	
Krankenkasse // Bonus erfüllt? 10J. <input type="checkbox"/> 5J. <input type="checkbox"/>	
Private Zusatzversicherung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Basistarif ?	

	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?		
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)			Masern-Schutzimpfung erfolgt?		

	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 bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftsei eingeholt wird.

Mir ist bekannt, dass meine Straßenverkehrstauglichkeit nach operativen 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 _____