

Anmeldebogen mit Anamnese

Name:	_____	Beruf:	_____
Vorname:	_____	Arbeitgeber, Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____	Tel. Arbeitsplatz:	_____
Adresse:	_____	Krankenkasse:	_____
	_____	pfl. versichert:	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
	_____	priv. Zusatzvers.:	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Geb.-Ort:	_____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen	
Telefon:	_____	Dienstes?	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Mobil:	_____	Standard- bzw. Basistarif:	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>

Sehr geehrte _____,
bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Wer hat uns empfohlen? _____

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches? _____

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja (*bitte Zutreffendes ankreuzen*)

Leiden Sie unter Mundgeruch? ja

Sind Ihre Zähne gelockert? ja

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen? ja

Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack? ja

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? ja _____

Führen Sie ein Bonusheft? ja Seit wann ist es vollständig? _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Haben Sie eine Allergie oder Arzneimittelempfindlichkeit? ja welche? _____

Haben Sie Asthma? (schwere Atemnot) ja

Haben Sie eine Herz-/ Kreislaufkrankung? ja _____ Herzschrittmacher?

Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen? ja _____ Marcumar?

Haben Sie eine Infektionskrankheit:
Gelbsucht, Hepatitis, HIV? ja _____

Leiden Sie unter einer Zuckerkrankheit? ja Diabetes I oder II ? _____

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja welche? _____

Befinden Sie sich in einer Bisphosphonat-Therapie? ja nein

Sind Sie schwanger? ja Woche _____

Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich geröntgt worden? ja _____

Sind Sie Raucher/in? ja wieviele Zigaretten pro Tag? _____

Hatten Sie jemals im Kopfbereich einen Unfall oder eine Operation? ja

Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja

Wünschen Sie an Ihre halbjährliche Kontroll- und Mundhygieneuntersuchung erinnert zu werden? ja

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Es bedeutet aber auch, daß Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden kann (§§ 304,615 BGB).

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Aachen-Oberforstbach, den _____