

Anmeldebogen mit Anamnese:

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____

 Telefon Privat: _____
 Handy: _____
 E-Mail: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber, Ort: _____
 Krankenkasse: _____
 Krankenversicherung: Gesetzlich Privat
 Hausarzt: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
 Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch und bei welchem Zahnarzt waren Sie?

Sind Röntgenbilder vorhanden? ja / nein

Wenn Ja, wann wurden die letzten Röntgenbilder erstellt? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Haben Sie Allergien und besitzen Sie einen Allergiepass? ja / nein

wenn ja, welche _____

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja / nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher/ Herzklappenersatz? ja / nein

Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? ja / nein

Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit?) ja / nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein

Haben Sie Asthma? ja / nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen / Bluterkrankung? ja / nein

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

Haben Sie grünen Star (Augenerkrankung)? ja / nein

Haben Sie Hepatitis B / C? ja / nein

Sind Sie HIV positiv (AIDS)? ja / nein

Leiden Sie unter einer Abwehrschwäche? ja / nein

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja / nein

wenn ja, welche _____

- Leiden Sie unter Rheuma? O ja / O nein
- Leiden Sie unter Migräne? O ja / O nein
- Nehmen Sie Medikamente ein? O ja / O nein
- Wenn ja, welche _____
- Sind Sie Raucher ? O ja / O nein
- Leiden Sie unter einer Krebserkrankung? O ja / O nein
- Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche: _____ O ja / O nein
- Haben Sie in den letzten Jahren Bisphosphonate eingenommen? (z.B. für Osteoporose) O ja / O nein
- Haben Sie weitere Erkrankungen? O ja / O nein
- Wenn ja, welche _____

Dürfen wir Sie einen Tag vor Ihrem Termin in unserer Praxis kostenlos an diesen erinnern?

- O Ja, bitte erinnern Sie mich
- O per SMS an meine Mobilfunkrufnummer.
 - O telefonisch (tagsüber).
 - O Wenn ich nicht persönlich erreichbar bin, hinterlassen Sie bitte eine Nachricht auf meiner Mailbox oder dem Anrufbeantworter.
- O Nein, danke. Ich möchte nicht an Termine erinnert werden.

Dürfen wir Sie halbjährig an Ihren Vorsorgetermin (Recall) erinnern?

- O Ja, bitte erinnern Sie mich
- O per SMS an meine Mobilfunkrufnummer.
 - O Postalisch an meine Anschrift.

Dürfen wir Ihnen per E-Mail unseren Newsletter zuschicken?

- O Ja, bitte schicken Sie mir Wissenswertes zu meiner Zahngesundheit.
E-Mail Adresse: _____
- O Nein, danke, ich möchte keine Informationen zur Zahngesundheit bekommen.

Dürfen wir Informationen/Unterlagen an ein Familienmitglied von Ihnen weiterleiten?

- O Ja (Name des Familienmitglieds): _____
- O Nein, es dürfen von mir keine Informationen weitergegeben werden.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zu der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift / Name in Druckbuchstaben