

Anmeldebogen mit Anamnese:

Name / surname: _____

Vorname / first name: _____

Geburtsdatum / dat of birth: _____

Adresse / adress: _____

Tel. Privat / phone: _____

Handy / mobile: _____

E-Mail / email: _____

Beruf / job: _____

Arbeitgeber, Ort / employer, place: _____

Krankenkasse / health insurance: _____

Krankenversicherung / Health insurance:

legally privat

Hausarzt / family doctor: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
mitglied sind, wer ist Versicherter?

if you are not self insured, who is your insurent?

Name / surname: _____

Vorname / first name: _____

Geb. / dat of birth: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

who will get the bill?

Name / name: _____

Adresse/ adress: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen

Are you Beneficiary of public service?

yes / no

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? / *how did you hear about us?*

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

When was your last dental visit and who was your last dentis?

Sind Röntgenbilder vorhanden? / *have you ever been X-rayed ?*

yes / no

Wenn Ja, wann wurden die letzten Röntgenbilder erstellt?

If yes, when have you been x-rayed ?

Bestehen gesundheitliche Risiken?
Are there any health effects?

Bitte zutreffendes ankreuzen!
please fill out!

- Haben Sie Allergien und besitzen Sie einen Allergiepass?
Do you have any allergy and have an allergy ID? O yes / O no
- wenn ja, welche / if yes, which one: _____
- Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung bzw. hoher/niedriger Blutdruck?
Do you have heart diseases, circulator troubles or high/low pressure? O yes / O no
- Haben Sie einen Herzschrittmacher/ Herzklappenersatz?
Do you have heart a cardiac pacemaker / a substitute for a cardiac valve? O yes / O no
- Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit?) / *Do you have diabetes?* O yes / O no
- Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?
Is there any disease of the thyroid gland known? O yes / O no
- Haben Sie Asthma? / *Do you have asthma?* O yes / O no
- Haben Sie Gerinnungsstörungen / Bluterkrankung?
Do you have bleeding disorder? O yes / O no
- Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?
Do you have gastro-intestinal disease? O yes / O no
- Haben Sie grünen Star (Augenerkrankung)? / *Do you have glaucoma?* O yes / O no
- Haben Sie Hepatitis B / C? *Are you hepatitis positiv B or C?* O yes / O no
- Sind Sie HIV positiv (AIDS)? / *Are you HIV positive?* O yes / O no
- Leiden Sie unter einer Abwehrschwäche? / *Are you immune deficiency?* O yes / O no
- Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?
Do you have any allergic reactions? O yes / O no
- wenn ja, welche / if yes, which one: _____
- Leiden Sie unter Rheuma? / *Do you have rheumatism?* O yes / O no
- Leiden Sie unter Migräne? *Do you have often headaches (migraine)?* O yes / O no
- Nehmen Sie Medikamente ein? O yes / O no
- Wenn ja, welche / if yes which one: _____
- Sind Sie Raucher? / *Do you smoke?* O yes / O no
- Leiden Sie unter einer Krebserkrankung? *Do you have tumors or cancer?* O yes / O no
- Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche: _____
Are you pregnant, if yes in which week of pregnancy: _____ O yes / O no
- Haben Sie in den letzten Jahren Bisphosphonate eingenommen? (z.B. für Osteoporose)
Have you ever taken bisphosphonate (for exampel osteoporosis)? O yes / O no
- Haben Sie weitere Erkrankungen?
Do you have any other diseases? O yes / O no
- Wenn ja, welche / if yes, which one: _____

Dürfen wir Sie einen Tag vor Ihrem Termin in unserer Praxis kostenlos an diesen erinnern?
May we send you an appointment reminder one day before you visit our praxis for free?

- Ja, bitte erinnern Sie mich / *yes, please remind me with:*
- per SMS an meine Mobilfunkrufnummer. / *per SMS with my mobile number.*
 - telefonisch (tagsüber). / *per phone (during the day).*
 - Wenn ich nicht persönlich erreichbar bin, hinterlassen Sie bitte eine Nachricht auf meiner Mailbox oder dem Anrufbeantworter. / *if im not available, please leave a message at my voicemail.*
- Nein, danke. Ich möchte nicht an Termine erinnert werden. / *no, thanks. i dont want to get remind.*

Dürfen wir Sie halbjährig an Ihren Vorsorgetermin (Recall) erinnern?
May we remind you half a year for the next check-up?

- Ja, bitte erinnern Sie mich / *yes, please remind me with:*
- per SMS an meine Mobilfunkrufnummer. / *per SMS with my mobile number.*
 - telefonisch (tagsüber). / *per phone (during the day).*
 - Postalisch an meine Anschrift. / *per post delivering at my adress.*
- Nein, danke, ich möchte nicht an meine Vorsorge erinnert werden. / *no, thanks. i dont want to get remind for the check-up.*

Dürfen wir Ihnen per E-Mail unseren Newsletter zuschicken?
May we send you newsletter by email?

- Ja, bitte schicken Sie mir Wissenswertes zu meiner Zahngesundheit.
yes, please send me some news about the dental health.

E-Mail Adresse / *email adress:* _____

- Nein, danke, ich möchte keine Informationen zur Zahngesundheit bekommen.
no, thanks i dont want to have any news about the dental health.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
I confirm, I have answered all my information correctly.

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. / *I agree to the electronic storage and processing of my personal data in compliance with the relevant provisions of national data protection laws, as well as the General Data Protection Regulation (GDPR). The patient information of the General Data Protection Regulation (DSGVO) was also given to me.*

Ort, Datum / *place, date*

Unterschrift / Name in Druckbuchstaben
signature / full name (in block capitals)