



Anmeldebogen mit Anamnese

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Aus diesem Grund bitten wir Sie, diesen Fragebogen auch in Ihrem eigenen Interesse vollständig und korrekt auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Die "Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten" sind in der Praxis einsehbar.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum & -ort: _____
Adresse: _____

Tel. privat: _____
Tel. mobil: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
gesetzlich versichert: ja / nein
private Zusatzvers.: ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Adresse: _____

privat versichert: ja / nein
beihilfeberechtigt: ja / nein

Ich wurde überwiesen von _____
und bin damit einverstanden, dass dieser / diese einen Befund- bzw. Behandlungsbericht erhält.

Terminerinnerung

Möchten Sie an Ihre bei uns vereinbarten Termine erinnert werden? Telefon E-Mail nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

- Sind Allergien oder Überempfindlichkeiten bekannt? (z.B. Latex, Penicillin) ja / nein
Wenn ja, welche? _____
- Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis A/B/C, HIV, Tuberkulose) ja / nein
Wenn ja, welche?: _____
- Haben Sie die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) oder die neue Variante der CJK (vCJK) ? ja / nein
- Haben Sie Diabetes? ja / nein
- Leiden Sie an Epilepsie? ja / nein
- Haben Sie grünen Star? ja / nein
- Haben Sie Asthma? ja / nein
- Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? (z.B. Bluthochdruck, Thrombose, Herzinfarkt) ja / nein
Wenn ja, welche?: _____
- Liegt eine sonstige Erkrankung vor (Magen, Darm, Niere, Leber, Schilddrüse, Prostata,...) ? ja / nein
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie Medikamente? ja / nein
Wenn ja, welche? _____
- Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? ja / nein
- Haben Sie einen Röntgenpass? ja / nein

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

Freiburg, den _____
Datum

Unterschrift