

## Anmeldebogen mit Anamnese

Wir bitten Sie, das Formular in Ihrem eigenen Interesse sorgfältig auszufüllen und dieses dann bei Ihrem ersten Termin mitzubringen.  
Vielen Dank!

Nachname _____	Versicherung _____
Vorname _____	_____
Geburtsdatum _____	Zusatzvers. _____
Strasse _____	Wenn Sie nicht selbst Versicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?
Postleitzahl, Ort _____	Nachname _____
Beruf _____	Vorname _____
Arbeitgeber _____	Geb.datum _____
Telefon beruflich _____	Adresse _____
Telefon privat _____	_____
Mobiltelefon _____	Erhalten Sie Beihilfe des öffentlichen Dienstes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
E-Mail _____	Wie kamen Sie auf uns/ wer hat uns empfohlen? _____

## Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie Kiefergelenkschmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutet Ihr Zahnfleisch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind Sie mit der Ästhetik (Aussehen) Ihrer Zähne zufrieden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Liegen bei Ihnen Grunderkrankungen oder gesundheitliche Risiken vor?

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leiden Sie an Mukoviszidose? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie momentan oder regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____	Leiden Sie an einer Magen-Darmerkrankung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	Leiden Sie an Migräne? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	Leiden Sie an grünem Star? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	Leiden Sie an einer Prostataerkrankung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leiden Sie an Rheuma? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wer ist Ihr Hausarzt? Name _____	Haben oder hatten Sie ein Tumorleiden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ort _____	Wenn ja, wurden Ihnen Bisphosphonate verordnet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Herz-Kreislaufkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis B/C <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> _____
Leiden Sie an Diabetes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie eine künstliche Herzklappe / ein künstliches Gelenk (Hüfte, Knie, Schulter) Herzschrittmacher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Allergiepass? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leiden Sie an Asthma? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie auf bestimmte Stoffe / Medikamente allergisch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____	Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> ja ca. _____ Zigaretten / Tag
Sind Sie immunsupprimiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

## Liegen bei Ihnen besondere Umstände bei der zahnärztlichen Behandlung vor?

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| Leiden Sie unter Würgereiz?                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wurde bisher eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gab es Nebenwirkungen bei zahnärztlichen Injektionen?             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, in welchem Jahr etwa?   | _ _ _   |
| Wenn ja, welche? _____  |   | Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wünschen Sie zur Schmerzausschaltung eine Betäubung?              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wurde bereits einmal eine Knirscherschiene angefertigt?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenbilder Ihrer Zähne gemacht? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sollten wir Unterlagen Ihrer früheren Zahnärzte benötigen, notieren Sie uns bitte Namen und Adresse der Vorbehandler | _____   |
| Besitzen Sie festsitzenden Zahnersatz (Kronen, Brücken)?          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  | _____   |
| Wenn ja, seit welchem Jahr etwa?                                  | _ _ _   |  | _____   |
| Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz (Prothesen)?                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  | _____   |
| Wenn ja, seit welchem Jahr etwa?                                  | _ _ _   |  | _____   |

## Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- |                              |   |                        |   |
|------------------------------|---|------------------------|---|
| Parodontalbehandlung         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Amalgam-Entfernung     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Implantate                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Kiefergelenkbehandlung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ästhetische Zahnheilkunde    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Behandlung in Narkose  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfarbene Keramikfüllungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstiges: _____       |   |
| Zahnaufhellung / Bleaching   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                        |   |

**Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich. Teilen Sie uns Änderungen dieser Angaben bitte mit. Beachten Sie, dass die Verkehrstüchtigkeit gegebenenfalls nach einer Behandlung eingeschränkt sein könnte.**

**Wir bitten Sie, zu vereinbarten Terminen pünktlich zu erscheinen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte spätestens 24 Stunden vorher mit, ansonsten kann Ihnen der Behandlungsausfall lt. BGB § 611|615 in Rechnung gestellt werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift