



## Anmeldung

---

Patient: Name Vorname Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon/Telefax

---

Versicherter: Name Vorname Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon/Telefax

---

Krankenkasse\*/Krankenversicherung

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja  Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja  Nein

---

\*Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Krankenversichertenkarte nicht innerhalb 10 Tagen vorgelegt wird.

---

Beruf Arbeitgeber Telefon/Telefax

---

Handy E-Mail

Durch wen wurden Sie empfohlen?

---

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?

Wünschen Sie nur eine Behandlung der z. Z. vorhandenen Beschwerden?

**Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.**

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Karies- und Parodontoseprophylaxe
- Zahnfarbene Füllungen
- Goldfüllungen
- Amalgamentfernung
- Quecksilberentgiftung
- Parodontosebehandlung
- Implantate
- Kiefergelenksbehandlung
- naturheilkundliche Behandlungsmethoden

---

Sonstige

Datum, Unterschrift

## Anamnese

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir die folgenden Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich wie alle persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuchs? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?

Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack?

Rauchen Sie?

### Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Heuschnupfen

Asthma, Atemnot

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankungen

Zuckerkrankheit

Rheuma

Tuberkulose

Hoher oder niedriger Blutdruck  hoher  niedriger

Blutgerinnungsstörungen

Augenkrankheit  Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Allergie?  Welche? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test gemacht?

Bestehen andere Erkrankungen?  Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Welche? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft  In welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

**Teilen Sie bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat. Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.**

**Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxisnachfolger weitergegeben werden**

Datum, Unterschrift