



ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

Name _____ Handy _____

Vorname _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Straße _____ Arbeitgeber _____

PLZ / Ort _____ Telefon, Geschäft _____

Geburtsort _____

Telefon _____ Telefonisch erreichbar (Uhrzeit) _____

Mein Hausarzt ist (Name und Ort) _____

Ich bin bei einem Heilpraktiker in Behandlung JA NEIN

Ich habe eine Zahnzusatzversicherung bei _____

Ich komme aufgrund Empfehlung von _____ Internet Werbung

Bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgetreu in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

HABEN ODER HATTEN SIE EINE DER NACHFOLGEND AUFGEFÜHRTEN ERKRANKUNGEN?

	JA	NEIN	
Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Endokarditisprophylaxe notwendig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Erhöhte Blutungsneigung (Blutverdünner)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Blutdruck	<input type="radio"/> zu niedrig	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> zu hoch

Allergien? Wenn ja, wo gegen: _____

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Wurden/Werden Sie mit	JA	NEIN	
Bisphosphonaten behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
(Medikament zur Behandlung bei Osteoporose und Tumorerkrankung)			
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

CHRONISCHE ERKRANKUNGEN:	JA	NEIN
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus (Zucker)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herpes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INFEKTIONSKRANKHEITEN:	JA	NEIN
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV/Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Infektionskrankheiten:	_____	

MUNERKRANKUNGEN:	JA	NEIN
Zahnfleischentzündung (Zahnfleischbluten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zungenbrennen / -beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mundgeruch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

KIEFER UND NACKENBEREICH:	JA	NEIN
Knirschen / Pressen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kiefergelenksschmerzen (Knacken)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tinnitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verspannungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	JA	NEIN
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, in welcher Woche sind Sie?	_____	

	JA	NEIN
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möchten Sie Informationen zum Bleaching?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

WÜNSCHEN SIE RECALL ZU (ERINNERUNGSSERVICE)	JA	NEIN
PROPHYLAXE (PZR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Vorsorgeuntersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Da wir in unserer Praxis nach einem Bestellsystem arbeiten, werden die vereinbarten Termine ausdrücklich für Sie freigehalten. Wir bitten Sie daher, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese Zeit ggf. anderweitig verplanen können. Sollte dies nicht rechtzeitig geschehen, sind wir im Sinne des § 615 BGB berechtigt, das Ausfallhonorar von 50 Euro je halber Stunde Ihnen in Rechnung zu stellen.

Bitte beachten Sie, dass bei einer Behandlung mit Betäubung Ihre Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein kann. Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Heilbronn, den _____

Unterschrift

