

**Zahnarztpraxis  
Jan Hatzfeld**

Amtsplatz 2 - 67098 Bad Dürkheim  
Telefon: 06322-980900 - Telefax: 06322-9886799

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der/die Versicherte?
Vorname: _____	
Geburtsdatum: _____	Name: _____
Geburtsort: _____	Vorname: _____
Adresse: _____	Geburtsdatum: _____
_____	
Tel. Privat: _____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Beruf: _____	Name _____
Arbeitgeber, Ort: _____	Adresse: _____
_____	
Tel. Arbeitsplatz: _____	Sind Sie Beihilfeberechtigte/r des öffentlichen Dienstes? <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Krankenkasse: _____	pflichtvers.: <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein

**Wer hat uns empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

\_\_\_\_\_

**Dürfen wir Sie per Email oder SMS kontaktieren, um Sie an Ihren nächsten Termin bzw. an die nächste Vorsorgeuntersuchung zu erinnern?**  ja /  nein

Email:  
Mobilfunknummer:

<b>Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?</b>	<b>ja / nein</b>
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Sind Ihre Zähne gelockert?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Fand eine Röntgenuntersuchung statt? Wann?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben sie einen Röntgenpass?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Wünschen Sie, daß fehlende Zähne ersetzt werden?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Wünschen Sie über Implantate aufgeklärt zu werden?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Möchten Sie darüber eine Beratung?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>

**Bitte beantworten Sie die Fragen zu Ihren Vorerkrankungen auf der Rückseite!**

Bestehen gesundheitliche Risiken?

**Herzerkrankungen**

ja / nein

- Herzschwäche (insuffizienz)  /
- unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)  /
- Herzasthma, Angina Pectoris  /
- Herzschrittmacher  /

**Kreislaufkrankungen**

- zu hoher Blutdruck  /
- zu niedriger Blutdruck  /
- Herzinfarkt, wann?  /
- Einnahme gerinnungshemmender Medikamente  /
- Ohnmachtsanfälle  /

**Stoffwechselerkrankungen**

- Diabetes  /
- Magen-Darm-Erkrankungen  /
- Schilddrüsenerkrankungen  /

**Erkrankungen des Nervensystems**

- Epilepsie / Krämpfe  /

**Bluterkrankungen**

- Blutungsneigung (Hämophilie)  /
- Blutarmut (Anämie)  /

**Allergien**

- Ekzeme  /
- Penicillin-Überempfindlichkeit  /
- Haben Sie einen Allergiepass?  /
- Überempfindlichkeit gegen: \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten**

- Hepatitis  /
- Tuberkulose  /
- chronische Erkrankungen der Atemwege, welche?  /
- AIDS / HIV?  /

**Immunsystem**

- Leiden Sie unter einer Erkrankung des Immunsystems? Welche?  /

**sonstige Erkrankungen**

---

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

---

**weitere Angaben**

- Sind oder waren Sie drogenabhängig?  /
- Rauchen Sie?  /
- Sind Sie schwanger? Welcher Monat? .Monat  /
- Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege nutzen Sie?
- 

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

---

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift