

## Anmeldebogen mit Anamnese

Wir bitten Sie im eigenen Interesse den Bogen sorgfältig auszufüllen und diesen dann bei Ihrem ersten Termin mitzubringen. Vielen Dank!

Nachname		Vorname	Geburtsdatum/Geburtsort
Strasse/Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Telefon	Mobiltelefon	Telefax	E-Mail
Beruf		Arbeitgeber	Telefon beruflich
Versicherung			

Wenn Sie nicht selbst Versicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?

Nachname		Vorname	Geburtsdatum/Geburtsort
Strasse/Hausnummer		Postleitzahl	Ort

Erhalten Sie Beihilfe des öffentlichen Dienstes?  ja  nein

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

Ja, ich willige hiermit ein, Informationen zugesandt zu bekommen. Die Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

### 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 zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leiden Sie an Diabetes?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen sie zur Zeit 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
		Leiden Sie an Rheuma?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie zur Zeit schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben oder hatten Sie ein Tumorleiden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wer ist Ihr Hausarzt?		Wenn ja wurden Ihnen Bisphosphonate verordnet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besitzen Sie einen Gesundheitspass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Tuberkulose	
Leiden Sie an Herz-Kreislaufkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie ein künstliche Herzklappe/Gelenk (Hüfte, Knie Schulter)/Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche?		Leiden Sie an Asthma?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie auf bestimmte Stoffe/Medikamente allergisch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja, ca. _____ Zigaretten/Tag <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche?			

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

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Leiden Sie unter Würgereiz?                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Besitzen Sie herausnehmbaren Zahnersatz (Prothesen)               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gab es Nebenwirkungen bei zahnärztlichen Injektionen?    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja seit welchem Jahr etwa?                                   | _____   |
| Wenn ja welche?  |   | Wurde eine Zahnfleischbehandlung bisher durchgeführt?             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|  |   | Wenn ja in welchem Jahr etwa?                                     | _____   |
| Leiden Sie unter Lippenherpes?                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Besitzen Sie festsitzenden Zahnersatz (Kronen, Brücken)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wurde schon einmal eine Knirscherschiene gefertigt?               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja seit welchem Jahr etwa?                          | _____   | Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenbilder ihrer Zähne gemacht? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

### Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- |                              |   |                        |   |
|------------------------------|---|------------------------|---|
| Amalgam Entfernung           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Parodontalbehandlung   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Quecksilber Ausleitung       | <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 | Implantate             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfarbene Keramikfüllungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Behandlung in Narkose  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnaufhellung / Bleaching   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstiges              |   |

**Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem Interesse vollständig, Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich. Sobald sich an diesen Angaben etwas ändert teilen sie uns dieses bitte sofort mit.**

**Wir bitten Sie höflich, die vereinbarten Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte spätestens 24 Stunden vorher mit, ansonsten kann Ihnen der Behandlungsausfall lt. BGB in Rechnung gestellt werden.**

Ort / Datum

Unterschrift