

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

Telefon /Handynummer : _____

E-mail : _____

Name, Telefonnummer Ihres Hausarztes: _____

Datum: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherungsnehmer?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Rechnungsempfänger?

Name: _____

Adresse : _____

Krankenkasse: _____

- pflichtversichert: ja / nein

Bestehen gesundheitliche Risiken? Zutreffendes bitte ankreuzen (x)

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? JA / NEIN

Erkrankung: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? JA / NEIN

Welche Medikamente? _____

Haben Sie einen Allergien bzw. einen Allergiepass? JA / NEIN

Wenn ja welche? _____

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? JA / NEIN

Ist eine antibiotische Abschirmung erforderlich? JA / NEIN

Haben Sie Gerinnungsstörungen oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikament? JA / NEIN

Leiden Sie unter erhöhtem oder zu niedrigen Blutdruck? JA / NEIN

Haben Sie Diabetis (Zuckerkrankheit)? JA / NEIN

Haben Sie Leberentzündung /Gelbsucht (Hepatitis B oder C)? JA / NEIN

Sind Sie HIV positiv? JA / NEIN

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? JA / NEIN

Nehmen Sie Bisphosphonate ein (bei Osteoporose und Tumorerkrankung)? JA / NEIN

Leiden Sie unter Krämpfen, epileptischen Anfällen? JA / NEIN

Leiden Sie chronischen Atemwegkrankungen (Asthma)? JA / NEIN

Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? JA / NEIN

Wurden innerhalb des letzten Jahres Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne gemacht? JA / NEIN

Sie Sie drogen-, alkohol oder medikamentenabhängig? JA / NEIN

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich, alle Angaben unterliegen dem Datenschutz.

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

Datum: _____

Unterschrift: _____