



Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Geburtsort: _____
 Adresse: _____

Telefon privat : _____
 Email: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber: _____
 Tel. Arbeitsplatz: _____
 Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
 Adresse: _____

Sind Sie Beihilferechtiger des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an ja / nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? _____ o / o

Haben Sie einen Allergiepass? o / o

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? _____ o / o

Haben Sie Gerinnungsstörungen? o / o

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? o / o

Sind Sie HIV positiv? o / o

Haben oder hatten Sie Hepatitis? o / o

Haben Sie Diabetes? o / o

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? o / o

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? o / o

Leiden Sie unter Migräne? o / o

Haben Sie grünen Star? o / o

Haben Sie eine andere Erkrankung? _____ o / o

Haben Sie Asthma? o / o

Sind Sie schwanger, wann ist der voraussichtliche Geburtstermin? _____ o / o

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

ja / nein

Haben Sie Zahnschmerzen? o / o

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? /

Blutet Ihr Zahnfleisch? /

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? /
Sind Ihre Zähne gelockert? /

Wann fand die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung statt? _____

Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? /

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? /

Haben Sie bereits an einem Prophylaxeprogramm teilgenommen? /

Möchten Sie an einer Prophylaxe teilnehmen? /

Möchten Sie am Recall für Untersuchungs- und zur Prophylaxetermine teilnehmen? /

Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert? /

Was erwarten Sie von Ihrem Besuch bei uns? Zu welchem Thema wünschen Sie eine Beratung?

Was möchten Sie auf gar keinen Fall?

Wir möchten die Behandlung für Sie möglichst angenehm gestalten und können Ihnen Folgendes anbieten :

beruhigende Musik / Entspannungs CD
Hypnose
Vollnarkose

Wir möchten Sie bitten, Termine bis spätestens 24 Stunden vor dem Behandlungstermin abzusagen, da wir anderenfalls angehalten sind, Ihnen das anfallende Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Sollten hinsichtlich der Behandlung Mehrkosten in Rechnung gestellt werden, die privat zu tragen sind, verpflichtet sich der Versicherungsnehmer, sofern er nicht selbst Rechnungsempfänger ist, da sich eine dritte Person zur Kostenübernahme bereit erklärt hat, die Rechnung unaufgefordert an den Verpflichteten weiterzuleiten.

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

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

Potsdam, den _____