

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
Vorname:	_____	Name: _____
Geburtsdatum:	_____	Vorname: _____
Geburtsort:	_____	Geburtsdatum: _____
Adresse:	_____	
Tel. Privat:	_____	
Tel. mobil:	_____	
Beruf:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?
E-Mail Adresse:	_____	Name: _____
Krankenkasse:	_____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
pflichtversichert:	ja / nein	Dienstes? ja / nein
zusatzversichert:	ja / nein	Basitarif: ja / nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Zutreffendes ankreuzen)

**Wenn ja, wogegen!** \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass?	ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis B?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis C?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?	ja / nein
Haben Sie grünen Star?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche ja / nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	im Kiefergelenk?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein	Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"?	ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein	Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	ja / nein
Möchten Sie an Ihre Prophylaxe (Recall) erinnert werden?	ja / nein		
Sind Sie ggf. mit einer Röntgenuntersuchung ihres Kindes einverstanden?	ja / nein		

Bitte legen Sie vor der ersten Untersuchung Ihren Schmuck im Kopf- und Halsbereich ab.

**Bitte beachten Sie, dass Sie in einer Bestellpraxis behandelt werden. Bei Terminausfall behalten wir uns vor, die Berechnung eines Ausfallhonorares für die Zahnarztbehandlung in Höhe von 60,- Euro und für die Professionelle - Zahn - Reinigung (PZR) von 30,- Euro je 30 Min in Rechnung zu stellen.**

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

Die Patienteninformation zum Datenschutz (siehe Aushang) habe ich gelesen und stimme zu.

**Panketal OT Schwanebeck, den** \_\_\_\_\_