

ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Adresse:

Tel. Privat:

Tel. Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Arbeitgeber:

Tel. Arbeitsplatz:

Hausarzt, Tel.Nr:

Versicherung gesetzlich:

Zusatzversicherung:

ja nein

Versicherung privat:

Privat Basistarif (nur akute Schmerzbehandlung):

ja nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?

ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name:

Adresse:

Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Möchten Sie in Zukunft an Ihre Termine erinnert werden (per SMS/Email) ?

ja nein

Haben Sie ein Bonusheft?

ja nein

GESUNDHEITSFRAGEN:

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in stationärer Behandlung?

ja nein

Hepatitis A/B/C (Gelbsucht):

ja nein

Bluthochdruck:

ja nein

Bluterkrankungen:

ja nein

Diabetes:

ja nein

Blutgerinnungsstörungen:

ja nein

Allergien/Unverträglichkeiten:

ja nein

Osteoporose:

ja nein

Asthma/Lungenerkrankungen/Tuberkulose:

ja nein

Schilddrüsenerkrankung:

ja nein

Krampfleiden (Epilepsie):

ja nein

Augenerkrankungen:

ja nein

Herzinfarkt/Schlaganfall/Lähmungen:

ja nein

Tumor/Karzinom/Krebs:

ja nein

Herzklappendefekt/Herzklappenersatz:

ja nein

Nierenerkrankung:

ja nein

Herzschrittmacher:

ja nein

Psychische Erkrankungen:

ja nein

HIV-Infektion:

ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Wenn ja, welche:

Wenn ja, wann ist der errechnete Termin?

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Zähnen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
gar nicht zufrieden sehr zufrieden

Sonstige Erkrankungen/Spezifikationen:

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann. Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient (Versicherter)

per Mail versenden