



## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname des Patienten	geb. am	Beruf
Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Beruf
Postleitzahl, Wohnort	Straße, Hausnummer	
Telefon / Mobil	E-Mail	
Krankenkasse		
Überweisender Zahnarzt / Arzt	Hausarzt / Kinderarzt	

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten.

Die Beantwortung ist wichtig für die Erkennung und Behandlung Ihrer Erkrankung (Zutreffendes bitte ankreuzen).

1	Anlass der Behandlung:		Erläuterungen
2	Haben Sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wo? <span style="float: right;">Seit wann?</span>		
3	Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4	Bluterkrankheit (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
5	Gerinnungshemmende Mittel (ASS, Godamed, Plavix, Marcumar, Heparin, ...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6	Allergien (Überempfindlichkeiten) gegenüber Medikamenten (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Gegen welche Stoffe?		
7	Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8	Ohnmachtsneigung, niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
9	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
10	Herzkrankheiten (Endokarditis, Herzschwäche, Infarkt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Nähere Angaben:		
11	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
12	Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
13	Immunschwäche (HIV)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
14	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
15	Wurde bei Ihnen eine Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
16	Sonstige Krankheiten (Leber, Niere, Darm, Schilddrüse, Osteoporose ...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
17	Werden Sie zur Zeit ärztlich behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Bei wem?		
18	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Welche?		

**FÜR PRIVATVERSICHERTE PATIENTEN:**

Eine Erstattung der vereinbarten Vergütung durch Versicherungen, Beihilfestellen, etc. ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich erkläre mich hiermit bereit, den nicht erstattungsfähigen Beitrag privat zu bezahlen.

Sind Sie nach dem neuen, seit 01.01.2009 geltenden sog. „Basistarif“ versichert?  ja  nein

**DATENSCHUTZ**

Patienteninformation zum Datenschutz gelesen?  ja  nein

**RECALL**

Möchten Sie von uns an Ihre jährliche Zahnvorsorge erinnert werden?  ja  nein

**BONUSHEFT**

Wenn Sie ein Bonusheft besitzen, legen Sie dieses bitte unaufgefordert zu Ihren Kontrollterminen vor. Falls Sie keines besitzen, sprechen Sie uns bitte an.

**BITTE BEACHTEN SIE:**

Nach den Bestimmungen der Krankenkassen muss die Krankenversicherungskarte bei Behandlungsbeginn vorgelegt werden. In Notfällen kann sie innerhalb einer Woche nachgereicht werden, ansonsten erklären Sie sich damit einverstanden, dass eine Privatliquidation erfolgt.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Versicherten / Vertreters \_\_\_\_\_