

## Anmeldebogen mit Anamnese

Berlin, den \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-  
 Vorname: \_\_\_\_\_ mitglied sind, wer ist Versicherter?  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
**Geburtsort:** \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
**Telefon privat:** \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_ Wer soll die Rechnung erhalten?  
 Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
 Telefon Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? Ja  Nein

Haben Sie eine **private Zusatzversicherung**? Ja  (welche: \_\_\_\_\_) Nein

Ihre E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

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

### Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>Blutgerinnungsstörungen?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	<b>Rheuma?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
<b>Herz-/Kreislaufkrankung?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	<b>hoher Blutdruck?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
<b>HIV?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	<b>Asthma?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
<b>Drogenkonsum?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	<b>Diabetes?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
<b>Hepatitis?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	<b>Nierenfunktionsstörung?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Welche? <b>A</b> <input type="radio"/> / <b>B</b> <input type="radio"/> / <b>C</b> <input type="radio"/>					
<b>Epilepsie?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	<b>Tumore / Krebs?</b>		
<b>Osteoporose?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	<b>Bisphosphonate?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
<b>Alkoholgenuss?</b>	Wenn ja - selten <input type="radio"/> / regelmäßig <input type="radio"/>				Nein <input type="radio"/>
Sind Sie <b>Raucher</b> ?	Wenn ja - 1 – 10 Zig./Tag <input type="radio"/> / mehr als 10 Zig./Tag <input type="radio"/>				Nein <input type="radio"/>
Sind Sie <b>schwanger</b> ?	Ja <input type="radio"/>	(Woche: _____)			Nein <input type="radio"/>
Haben Sie einen <b>Pflegegrad</b> ?	Ja <input type="radio"/>	(welcher: _____)			Nein <input type="radio"/>
Haben Sie eine <b>Allergie</b> ?	Ja <input type="radio"/>	Wenn ja, wogegen? _____			Nein <input type="radio"/>

**Bitte lesen Sie auch die Rückseite!**

### **Warum begeben Sie sich in Behandlung?**

- Kontrolluntersuchung? Ja  / Nein
- Haben Sie **Zahnschmerzen**? Ja  / Nein
- Haben Sie **Schmerzen im Kiefergelenk / Kopf-Nacken-Bereich**? Ja  / Nein
- Blutet Ihr Zahnfleisch? Ja  / Nein
- Sind Ihre Zähne gelockert? Ja  / Nein
- Fand in den letzten drei bis sechs Monaten eine zahnärztliche Röntgenuntersuchung in einer **anderen** Praxis statt? Ja  / Nein

### **Möchten Sie an unserem Recall-System teilnehmen?**

*Dann bekommen Sie regelmäßig eine "Erinnerung" von uns, dass es wieder Zeit für eine Vorsorgeuntersuchung ist.*

- Ja**, ich möchte eine Erinnerung.  
per Post  / per E-Mail
- Nein**, ich möchte keine Erinnerung.

Wir bemühen uns stets, Ihre Termine pünktlich einzuhalten. Durch unvorhersehbare Ereignisse kann es jedoch immer wieder zu Verzögerungen kommen. Wir bitten Sie um Ihr Verständnis!

### **Wünschen Sie eine gezielte Beratung über ... (ggf. ankreuzen)**

- Bleaching / Zahnaufhellung  Kinderprophylaxe
- Inlays / Kronen aus Vollkeramik
- Amalgamaustausch und Alternativen  Implantate

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

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

Es ist uns rechtlich erlaubt, vereinbarte Termine, die nicht rechtzeitig abgesagt werden (24 Stunden vor der Behandlung) angemessen in Rechnung zu stellen. Da dies natürlich nicht in unserem Sinne ist, bitten wir Sie daran zu denken, uns rechtzeitig anzurufen, falls es Ihnen einmal nicht möglich ist, uns zu besuchen.

Mit dieser Unterschrift willigen Sie ein, dass Ihre erhobenen Daten gespeichert und ggf. von allen in der Praxis arbeitenden Mitarbeitern weiterverarbeitet werden.

**Auch stimmen Sie zu, dass bei Bedarf Ihre Röntgenbilder per E-Mail an Dritte (z.B. Chirurgen, Kieferorthopäden o.Ä.) weitergeleitet werden dürfen.**

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

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