

Zahnärzte an der Theaterstraße

Dr. S. Grümer und Kollegen

Theaterstraße 50-52 - D-52062 Aachen
Telefon: 0241-36461 - Telefax: 0241-36462
info@zahn-theater.de

Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
E-Mail privat: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes? ja nein

Krankenkasse: _____

Pflichtversichert: ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer Allergie? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein

Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja nein

niedrigen Blutdruck? ja nein

Haben Sie Diabetes? Typ I oder Typ II ja nein

Haben Sie Osteoporose? ja nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

Überfunktion oder Unterfunktion

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja nein

HIV Hepatitis B Hepatitis C

Bitte wenden →

Leiden Sie an Tuberkulose? ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja nein

Leiden Sie unter Migräne? ja nein

Haben Sie grünen Star? ja nein

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja nein

Leiden Sie an psychischen Erkrankungen? Wenn ja, welche: _____ ja nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Einheiten / Tag? _____ ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Wurde bei Ihnen schon mal eine Professionelle Zahnreinigung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann war die letzte circa? _____

Kennen Sie schon unsere Prophylaxe? ja nein

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja nein

Sonstiger Grund _____

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Sind innerhalb der letzten zwei Jahre Röntgenbilder im Mund-Kieferbereich angefertigt worden? ja nein

Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten? ja nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja nein

Wie möchten Sie an die regelmäßige Kontrolluntersuchung und/ oder Professionelle Zahnreinigung erinnert werden?

Die Erinnerung wünsche ich

per Brief

per E-Mail

per SMS

per Telefonanruf

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

► Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis an der Rezeption einsehbar.

Aachen,..... _____