

Schaeferstr. 19 - 44623 Herne  
Telefon: 02323-51608 - Telefax: 02323-945921

## Anmeldebogen mit Anamnese

Patient Frau/Herr Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Mitglied/Versicherter Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon/Handy \_\_\_\_\_

Email-Adresse \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? \_\_\_\_\_

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

### Gesundheitszustand

Medikamentenallergie (z.B. Penicillin, Aspirin)

\_\_\_\_\_ ja o nein o

Benötigen Sie ständig Medikamente? ja o nein o

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ ja o nein o

Haben Sie Gerinnungsstörungen (Blutgerinnung, Blutarmut)? ja o nein o

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (Bluthochdruck, Herzschwäche etc.)? ja o nein o

Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS) ja o nein o

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV) ja o nein o

Haben Sie Diabetes ja o nein o

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja o nein o

Haben Sie eine Leber- oder Nierenerkrankung? ja o nein o

Medikamente für den Knochenstoffwechsel (Bisphosphonate) ja o nein o

Haben Sie Atemwegserkrankungen? ja o nein o

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele pro Tag \_\_\_\_\_ ja o nein o

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche \_\_\_\_\_ ja o nein o

### Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja o nein o Haben Sie Geräusche oder Schmerzen

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja o nein o im Kiefergelenk? ja o nein o

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja o nein o Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja o nein o

Sind Ihre Zähne gelockert? ja o nein o

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns ?

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

Medikamente, besonders Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen!

Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis, daher bitten wir Sie Termine mind. 24.h vorher abzusagen.

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

Wünschen Sie eine telefonische oder schriftliche Benachrichtigung zur Kontrolluntersuchung unsererseits?

o halbjährlich o jährlich o nein

**Herne,**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift