

## Anmelde- und Anamnesebogen

---

Wir unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Alle Angaben, die Sie im Folgenden machen, werden selbstverständlich nicht an Dritte weitergegeben. Fragen, die Sie nicht beantworten können / möchten, bitte überspringen.

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon privat	

Beruf / Tätigkeit	
Arbeitgeber, Ort	
Telefon dienstlich	

Krankenkasse	
Sind Sie pflichtversichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wer ist Versicherter?	<input type="checkbox"/> ich <input type="checkbox"/> folgende Person:
Name, Vorname	
Geburtsdatum	

Wer soll die Rechnung erhalten?	<input type="checkbox"/> ich <input type="checkbox"/> folgende Person:
Name, Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Bitte nennen Sie Ihr Hauptanliegen:	
Bestehen gesundheitliche Risiken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	

Haben Sie einen Allergiepass und / oder Unverträglichkeiten auf bestimmte Stoffe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wogegen?	
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein (auch homöopathische)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht oder bestand ein Leberleiden (Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie HIV positiv?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht oder bestand Gelenkrheumatismus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Beschwerden in der Nackenmuskulatur / Migräne?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke/ Kaumuskulatur?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Auf welcher Seite kauen Sie am liebsten?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Wurde oder wird bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie unzufrieden mit dem Aussehen Ihrer Zähne?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in letzter Zeit bemerkt, dass ein Zahn / Zahngruppe sich bewegt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bemerkt, dass ein Zahn locker geworden ist?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gab es jemals einen Schlag oder Stoß auf den Kiefer oder die Zähne?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden die Weisheitszähne bereits entfernt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
Sind Zähne empfindlich auf Druck oder Temperatur?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Möchten Sie Ihr Karies- und / oder Parodontitisrisiko auf ein Minimum begrenzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spielen Sie ein Instrument (speziell Blasinstrument / Stellung Frontzähne)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Möchten sie über naturheilkundliche Behandlungsmethoden beraten und damit ggf. behandelt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Möchten Sie über moderne Diagnose-und Behandlungsverfahren informiert werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wer hat uns empfohlen?	
Möchten Sie per SMS erinnert werden? (Recall)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, an welche Telefonnummer?	

Ort, Datum	Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter
------------	---