

Zahnarztpraxis Dr. Rolf-Peter Strobel, M.A.

Anmeldebogen mit Anamnese

Datum: _____

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter? (z.B. Ehepartner, Eltern, etc.)
Vorname+Titel:	_____	Name _____
Geburtsdatum:	_____	Vorname: _____
Straße, Hausnr.:	_____	Geburtsdat.: _____
PLZ, Ort:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Tel. Privat:	_____	Name: _____
Tel. Arbeitsplatz:	_____	Adresse: _____
Krankenkasse:	_____	
pflichtversichert:	ja / nein	

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

1. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____
 2. Haben Sie zu hohen/niedrigen Blutdruck? ja / nein
 3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens (z. B. Herzfehler, Endokarditis)? ja / nein
Wenn ja, welche? _____
 4. Haben sie einen Herzschrittmacher? ja / nein
 5. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?
 - Zuckerkrankheit (Diabetes) ja / nein
 - Erkrankung des Blutes (z. B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen) ja / nein
 - Allergien (z.B. auf Penizillin)? Wenn ja, welche? _____ ja / nein
 - Schilddrüsenerkrankung ja / nein
 - Asthma/Lungenerkrankungen ja / nein
 - Nervenerkrankung ja / nein
 - Lebererkrankung (Hepatitis) ja / nein
 - Rheuma/rheumatisches Fieber ja / nein
 - Nierenerkrankung ja / nein
 - Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) ja / nein
 - Magen-Darmerkrankung ja / nein
 - Immunschwäche (HIV) ja / nein
 6. Nehmen sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, Aspirin)? ja / nein
 7. Haben Sie Osteoporose oder eine Tumorerkrankung? ja / nein
 8. Nehmen oder haben Sie in den letzten 10 Jahren Bisphosphonate genommen
(per Infusion oder Tabletteneinnahme)? ja / nein
 9. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja / nein
Wenn ja, welche? _____
 10. Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen? ja / nein
Wenn ja, welche? _____
 11. Welche Medikamente nehmen sie zurzeit ein?

 12. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja / nein
 13. Wann wurden Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt geröntgt? _____
 14. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? Ca.: _____ Stück ja / nein
 15. Wünschen Sie, dass wir Sie an die halb-/jährliche Vorsorgeuntersuchung erinnern? ja / nein
- Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Praxis Dr. Rolf-Peter Strobel, M.A.

Stand 04/11

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter