



Herzlich willkommen!

Wir bitten Sie, diesen Anamnesebogen gewissenhaft auszufüllen und Zutreffendes anzukreuzen.
Auch Allgemeinerkrankungen und Operationen sind für die zahnärztliche Behandlung relevant.

Name, Vorname _____ Geburts datum und Geburtsort _____ m w d

Straße und Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____ Handynummer _____ E-Mail-Adresse _____

Name der Versicherung _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> privat versichert – Basistarif
(schriftl. Nachweis erforderlich) |
| <input type="checkbox"/> familienversichert | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Zahn-Zusatzversicherung |

Familienversichert bei: Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ ggfs. abweichende Rechnungsanschrift _____

Allgemeiner Gesundheitszustand

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergien: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Herz- / Kreislaufkrankungen: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente (v.a. bei Knochenerkrankungen / Bisphosphonate):
_____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaukom / Grüner Star | _____ |
| <input type="checkbox"/> Raucher | <input type="checkbox"/> Arzneimittelunverträglichkeiten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Regelmäßiger Konsum von Alkohol
oder anderen Rauschmitteln | <input type="checkbox"/> OPs in den letzten 12 Monaten und/ oder geplante OPs:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | <input type="checkbox"/> Bestehende Schwangerschaft, voraussichtlicher Entbindungstermin:
_____ |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Überweisender Arzt: _____ | <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung: _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
|--|--|---|

Ich habe diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen meiner persönlichen oder gesundheitlichen Daten werde ich Sie zeitnah informieren.

x _____
Datum / Unterschrift