

**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: _____
Adresse: _____
Geburtsort _____
E-Mail privat: _____

Wer ist Hauptversicherter?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Telefonnummern
Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?
Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes: ja nein
Krankenkasse: _____
Pflichtversichert ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch: _____
Internet: unsere Internetseite
Jameda
Google
sonstige: _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

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?
... niedrigen Blutdruck? ja nein
Haben Sie Diabetes? Wenn ja, Typ I oder Typ II nein
Haben Sie Osteoporose? ja nein
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein

Bitte wenden →

- Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein
 Wenn ja, Überfunktion oder Unterfunktion
- Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja nein
 HIV Hepatitis B Hepatitis C Tuberkulose
- 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
 Wenn ja, welche: _____
- Leiden Sie an psychischen Erkrankungen? Wenn ja, welche: _____
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Einheiten / Tag? _____
- 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? _____

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

Wie wichtig...	1 sehr wichtig	2	3	4	5 unwichtig
... sind Ihnen ästhetisch schöne Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist Ihnen Ihre Zahnstellung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist Ihnen Ihre Zahnfarbe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Die Erinnerung wünsche ich
 per Brief per E-Mail 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, _____