



ANMELDUNG

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Fax
Beruf	Arbeitgeber	Telefon Arbeitgeber
Handy	E-Mail Adresse	
Versicherter: Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Fax

Wie sind Sie versichert?

- Privat Standardtarif
 Gesetzlich Basistarif

- Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein
Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung eine Gesamtrechnung erhalten, wenn die Krankenversicherungskarte nicht rechtzeitig nachgereicht wird.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Berlin, _____

Datum, Unterschrift



BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Bitte kreuzen Sie folgende Fragen an:	Ja	Nein
Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie nur eine Behandlung der z. Zt. vorhandenen Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:	Ja	Nein
Karies- und Parodontitisprophylaxe (Vorbeugung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naturheilkundliche Behandlungsmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnaufhellung / Ästhetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laserbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenksbehandlung / Knirschertherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parodontitisbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges?		

Wünschen Sie, in regelmäßigen Abständen an einen Prophylaxetermin erinnert zu werden?

Ja Nein

Berlin, _____
Datum, Unterschrift



ANAMNESE

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben und umgekehrt. Deswegen bitten wir Sie um Ausfüllung dieses Bogens. Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen - Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

Bitte kreuzen Sie folgende Fragen an:	Ja	Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Hörhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig morgens Kopf- oder Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen chronische orthopädische Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen/Knacken in der Kaumuskulatur und/oder in den Kiefergelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie eine der folgenden Krankheiten:	Ja	Nein
Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen / Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebsleiden-, therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit / Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme an Blase, Niere, Unterleib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Probleme (auch Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonelle Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV-positiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehen andere Erkrankungen Welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein Welche? _____

Haben Sie eine Allergie Welche? _____

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja In welcher Schwangerschaftswoche? _____

Teilen Sie mir bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Berlin, _____
Datum, Unterschrift