

# Anmeldebogen mit Anamnese



Dr. Ralph Röser

ZAHNARZTPRAXIS / DENTAL PRACTICE

ΣΥΝΗΥΚΤΗΡΑΧΙΣ / DENTAL PRACTICE

Friedberger Landstraße 406 - 60389 Frankfurt  
Telefon: 069 - 90549707 - Telefax: 069- 90549717

## Zu Ihrer Person

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind,  
wer ist Versicherter?

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon privat

e-Mail

Beruf

Arbeitgeber, Ort

Telefon Arbeitsplatz

Name

Vorname

Geburtsdatum

## Wer soll die Rechnung erhalten?

Name

Adresse

Sind Sie  
Beihilfeberechtigter  
des öffentlichen Dienstes?      ja      nein

Wer hat uns empfohlen?

## KRANKENKASSE

pflichtversichert      ja      nein

Bestehen gesundheitliche Risiken? Wenn ja, welche...

Haben Sie einen  
Allergiepass?      ja      nein

Haben Sie  
Gerinnungsstörungen?      ja      nein

Haben Sie eine Herz-/  
Kreislaufkrankung?      ja      nein

Haben Sie Hepatitis B  
oder C?      ja      nein

Leiden Sie unter Epilepsie?      ja      nein

Haben Sie eine  
Magen-/Darm- oder  
Nierenerkrankung?      ja      nein

Reagieren Sie  
überempfindlich auf  
bestimmte Stoffe?      ja      nein

Hoher / niedriger  
Blutdruck?      ja      nein

Sind Sie HIV positiv?      ja      nein

Haben Sie Diabetes?      ja      nein

Liegt bei Ihnen eine  
Schilddrüsenerkrankung  
vor?      ja      nein

Leiden Sie unter Migräne?      ja      nein

**Bitte umblättern** Weitere Angaben auf der Rückseite.

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?	ja	nein		
Haben Sie grünen Star?	ja	nein	Hatten Sie Operationen, wann ?	
Haben Sie eine Prostataerkrankung?	ja	nein	Haben Sie Asthma?	ja    nein
Leiden Sie unter Osteoporose?	ja	nein	Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	ja    Woche
Nehmen Sie Medikamente, wenn ja welche?				

### WESWEGEN BEGEBEN SIE SICH IN BEHANDLUNG?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja	nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	ja	nein
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja	nein	Hatten Sie jemals eine „Kiefervermessung“ ?	ja	nein
Rauchen Sie?	ja	nein	Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung im Mundbereich statt?		
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja	nein	Sind Ihre Zähne gelockert?	ja	nein
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?	ja	nein	Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?	ja	nein
Möchten Sie darüber eine Beratung?	ja	nein	Haben Sie schon mit entzündeten Zähnen zu tun gehabt?	ja	nein
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?	ja	nein	Möchten Sie von uns an Ihren nächsten Kontrolltermin erinnert werden?	ja	nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse wahrheitsgemäß.  
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Frankfurt, den

(Unterschrift)

Liebe Patienten, da wir eine Bestellpraxis sind, bitten wir bei einer Terminabsage eine Frist von 36 Stunden einzuhalten. Ein nicht rechtzeitig abgesagter Termin kann Ihnen als Ausfallentschädigung in Rechnung gestellt werden.

Zur Kenntnis genommen

Vielen Dank für Ihr Verständnis. Ihr Praxisteam.

Frankfurt, den

(Unterschrift)