



# ANMELDEFORMULAR

## Patient/in

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb. Datum / Ort: \_\_\_\_\_  
 Straße / Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon / Privat: \_\_\_\_\_  
 Telefon / Arbeit: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

## Versicherte/r

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße / Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

## Versicherung

- Gesetzlich krankenversichert
- Privat krankenversichert
- Nur Basistarif
- Beihilfe
- Zusatzversicherung

## Angaben zum allg. Gesundheitszustand

	ja	nein		ja	nein
Herz / Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente - wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV pos. / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien - wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Beschwerden Halswirbelsäule					
bzw. Schulterbereich häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ohrgeräusche / Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Knirschen / Pressen der Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Frühere Zahnfleischerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Drogen / Alkoholsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## Was ist der Anlass Ihres Besuches?

	ja	nein
Allg. zahnmedizinische Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defekter Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuer Zahnersatz erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung erwünscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ästhetische Verbesserung erwünscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diverse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Hausarzt (Name/Telefon)

## Wie oder durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

## Recall-System

Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine durch uns erinnert werden? ja  nein

Hinweis: Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden nur in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben. Ich bin darüber informiert, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern nicht innerhalb von 10 Tagen ein Zahnbehandlungsschein oder eine Krankenversicherungskarte (KVK) einer gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_