



Dres. Schönwälder
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Anmeldebogen mit Anamnese

Unser Ziel ist es, dass Sie sich bei uns rundum wohlfühlen, sollten daher von Ihrer Seite Wünsche oder Fragen aufkommen, so sprechen Sie uns bitte darauf an!

Patient:

Name Vorname Geburtsdatum Tel-Nr.

Versicherter:

Name Vorname Geburtsdatum

Krankenkasse: pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Arbeitgeber: _____ **Beruf:** _____

Name Ihres Hausarztes: _____

Allgemeine Krankenvorgeschichte:

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Unregelmäßiger Herzschlag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Kreislaufkrankungen:

zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkt? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Störung der Blutgerinnung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Infektionskrankheiten:

Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis A/B)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
AIDS/ HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bitte wenden ->



Dres. Schönwälder
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Immunsystem: Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Sind Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Laktoseintoleranz) _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Allgemeine Fragen:

Stellen Sie gelegentlich beim Putzen der Zähne Zahnfleischbluten fest? Ja Nein

Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen? Ja Nein

Leiden Sie unter Würgereiz? Ja Nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? Ja Nein

Haben Sie Verspannungen an der Nacken- oder Schultermuskulatur? Ja Nein

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Ist Ihnen die Gesundheit Ihrer Zähne wichtig? Ja Nein

Sind Sie an individuell vorbeugenden Maßnahmen interessiert? Ja Nein

Für Frauen: Sind Sie schwanger? (Welcher Monat? _____) Ja Nein

Recall:

Bitte weisen Sie mich rechtzeitig auf meinen
nächsten fälligen Vorsorgeuntersuchungstermin hin Ja Nein

Ihre Email Adresse _____

Zu Ihrer Information:

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei Nichteinhaltung oder verspäteter Absage wird eine Ausfallgebühr in Höhe von 98,00 Euro je angefangene halbe Stunde berechnet. Dieser Anspruch ist nach §615 BGB berechtigt. Die Gebühr wird selbstverständlich nicht fällig, wenn in der vereinbarten Zeit ein anderer Patient behandelt wird und kein Ausfall entsteht.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen gelesen und verstanden habe.

Weitere Informationen über unser Leistungsspektrum erhalten Sie gerne im Voraus auf unserer Homepage:

www.dres-schoenwaelder.de

Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Mithilfe!

Datum: _____ Unterschrift: _____

Versicherter oder gesetzlicher Vertreter