



## Anmeldebogen mit Anamnese

Name:	_____	Krankenversicherung:	<input type="radio"/> privat	<input type="radio"/> gesetzlich
Vorname:	_____	bei:	_____	
Geburtsdatum:	_____	Zusatzversicherung:	_____	
Geburtsort:	_____			
Adresse:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?		
	_____			
E-Mail:	_____	Name:	_____	
Handynummer:	_____	Vorname:	_____	
Beruf:	_____			
Arbeitgeber:	_____			

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____	Woche
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____	Zigaretten / Tag
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol/Drogen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		

### Haben Sie eine der folgenden Vorerkrankungen, wenn ja, welche?

Herz- /Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Lungenerkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Krebserkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Infektionserkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Stoffwechselerkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Magen- oder Darmerkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Leber- oder Gallenerkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Nieren- oder Harnwegserkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Psychische oder neurologische Erkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Gerinnungsstörungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Leiden Sie unter Migräne?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Haben Sie Allergien / Überempfindlichkeiten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Haben Sie einen Allergiepäss?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Wurden Sie bereits operiert?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Leiden Sie unter permanenten Zahnschmerzen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnstellung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Knirschen Sie nachts mit Ihren Zähnen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schnarchen Sie und hätten Sie gerne eine Beratung zu Schnarchschielen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Frankfurt,

Ort/Datum

Unterschrift / Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen