

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____

Tel. Privat: _____
Tel. Beruf: _____
Handy: _____
Email: _____
Beruf: _____

Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: _____
Pflegegrad: ___ja / ___nein

Wenn ja, welchen Grad? _____
Betreuung nach §37 Absatz 3 SGB XI? ___ja / ___nein
Wenn ja, legen Sie uns bitte eine Bescheinigung vor!
Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____ja / ___nein

Wenn ja, welche und wofür _____

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente oder Stoffe überempfindlich/allergisch? _____ja / ___nein

Welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente(z.B. Marcumar/ASS100)? _____ja / ___nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? _____ja / ___nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? _____ja / ___nein

Haben Sie _ Bluthochdruck oder _ niedrigen Blutdruck_? bitte zutreffendes ankreuzen! _____ja / ___nein

Sind Sie HIV positiv? _____ja / ___nein

Haben Sie _ Hepatitis B oder _ Hepatitis C ? bitte zutreffendes ankreuzen! _____ja / ___nein

Haben Sie Diabetes? _____ja / ___nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? _____ja / ___nein

Haben Sie eine _ Magen-/Darm- oder _ Nierenerkrankung? bitte zutreffendes ankreuzen! _____ja / ___nein

Leiden Sie unter Migräne? _____ja / ___nein

Haben Sie grünen Star? _____ja / ___nein

Leiden Sie unter Rheuma? _____ja / ___nein

Haben Sie Asthma? _____ja / ___nein

Rauchen Sie? _____ja / ___nein

Wenn ja, was rauchen Sie? _____ Anzahl pro Tag _____

Besteht eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit? _____ja / ___nein

Wenn ja, wovon sind Sie abhängig? _____

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____

Fand eine zahnärztl.Röntgenuntersuchung statt, wenn ja, wann? _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? _____ja / ___nein Haben Sie Geräusche oder Schmerzen

Blutet Ihr Zahnfleisch? _____ja / ___nein im Kiefergelenk? _____ja / ___nein

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

Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse.

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

Bad Oeynhausen, den _____

(Unterschrift)