



## ANMELDEBOGEN

Patienten, die zum ersten Mal bei uns sind, bitten wir um folgende Angaben:

### PATIENT

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Strasse: .....

Wohnort: .....

Telefon Privat: .....

Tel. Arbeit: .....

Mobil: .....

E-Mail: .....

Krankenkasse: .....

Beihilfe: .....

Zahnezusatzversicherung: .....

### VERSICHERUNGSMITGLIED

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? .....

Haben Sie ein Bonusheft? Ja  Nein

Wann wurden Ihre Zähne zum letzten Mal geröntgt? .....

Haben Sie einen Röntgenpass? Ja  Nein

Haben Sie Angst vor zahnärztlicher Behandlung? Ja  Nein

Tragen Sie Zahnersatz? Ja  Nein

Festsitzend:  Herausnehmbar:

Wenn ja, seit wann? .....

## ANMELDEBOGEN Seite 2

### FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Herz- Kreislaufbeschwerden: Ja  Nein   
 Hoher Blutdruck: Ja  Nein   
 Niedriger Blutdruck: Ja  Nein   
 Ohnmachtsneigung: Ja  Nein

Asthma oder andere Atemwegserkrankungen: .....

Erkrankungen des Nervensystems: .....

Schilddrüsen Überfunktion: Ja  Nein  Tabletten: .....

Schilddrüsen Unterfunktion: Ja  Nein  Tabletten: .....

Diabetes mellitus: Tabletten: ..... Insulin: .....  
 (Zuckerkrankheit)

Lebererkrankungen: Gelbsucht  Leberentzündung (Hepatitis)   
 wenn ja, bitte wann: .....

Infektionskrankheiten: .....  
 (TBC, HIV AIDS etc.)

Allergien: .....

Bluterkrankungen: .....

Bruxismus: Ja  Nein   
 (knirschen oder pressen mit den Zähnen - häufig nachts)

Nehmen Sie Medikamente? Ja  Nein   
 Wenn ja, bitte welche: .....

Datum ..... Unterschrift .....

Haben sich Angaben verändert?

Ja  Nein  Datum ..... Unterschrift .....

Ja  Nein  Datum ..... Unterschrift .....

Ja  Nein  Datum ..... Unterschrift .....