



**ZAHNARZT**

DR. MED. DENT. JOHANNES BROICH

## Anmeldebogen und Anamnese

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig, auch wenn Sie keinen Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung sehen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

(Terminerinnerung per SMS)

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind,  
wer ist Mitglied? \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

An wen geht die Rechnung? \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?  
\_\_\_\_\_

1. Nehmen Sie Medikamente?

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Haben Sie schon einmal Bisphosphonate bekommen?

Ja  Nein

3. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Klappe?

Ja  Nein

4. Ich leide an:

- Herz-/Kreislaufbeschwerden Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

- Blutgerinnungsstörung Ja  Nein

- Magen-/Darm/Nierenerkrankung Ja  Nein

- Diabetes Ja  Nein

- Epilepsie Ja  Nein

- Asthma Ja  Nein

- Rheuma Ja  Nein

- Tuberkulose Ja  Nein

- Schilddrüsenerkrankung Ja  Nein

- Grünem Star Ja  Nein

- Tumorerkrankung Ja  Nein

5. Ich leide an folgenden Allergien:

\_\_\_\_\_

6. Haben Sie eine Infektionserkrankung

- Hepatitis Ja  Nein

- HIV(AIDS) Ja  Nein

- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit Ja  Nein

7. Sind Sie schwanger?

Ja  Nein

Wie alt sind die letzten Zahnärztlichen Röntgenaufnahmen?  
\_\_\_\_\_

9. Sind Ihnen gesundheitliche Risiken bekannt?

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Rauchen Sie?

Ja  Nein

Wie viele pro Tag? \_\_\_\_\_

### Wichtig:

- Wir bitten Sie, möglichst pünktlich zu dem jeweils vereinbarten Termin zu erscheinen. Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen Termin mindestens 24 h vorher abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis, dass andernfalls die für Sie reservierte Zeit mit jeweils **50-€ je angefangenen 30 min**. Behandlungszeit in Rechnung gestellt werden muss.

- Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden eingeschränkt ist, falls Sie eine örtliche Betäubung erhalten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_