

Anmeldebogen mit Anamnese (Seite 1 von 4)

Dr. med.
dent.
Oliver
Zittlau



IHRE ANGABEN

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geb. Ort:

Str. + Nr.:

PLZ + Wohnort:

E-Mail:

Tel.:

Beruf:

WEITERE ANGABEN

Arbeitgeber:

Str. + Nr.

PLZ + Ort:

Tel. Arbeitsplatz:

VERSICHERUNG

Krankenkasse:

Pflichtversichert:

Ja Nein

ZUSATZVERSICHERUNG:

Zahnersatz:

Ja Nein

Heilpraktiker:

Ja Nein

WENN SIE NICHT SELBST
KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND:

WER IST IHR VERSICHERTER?

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geb. Datum:

WER SOLL DIE RECHNUNG ERHALTEN:

Name:

Vorname:

WER IST IHR HAUSARZT:

Name:

Anmeldebogen mit Anamnese (Seite 2 von 4)

Dr. med.
dent.
Oliver
Zittlau



Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

Ja Nein

Anlass der Konsultation?

Haben Sie akute Beschwerden?

Wenn Ja, wo?

Seit wann?

Gab es eine Vorbehandlung?

Sind Sie mit Ihrer Zahn-Farbe,-Form oder/und -Stellung zufrieden?
(10 = perfekt / 1 = sehr unzufrieden)

Welche Veränderung würden Sie
sich am dringendsten wünschen?

Haben Sie Zahnersatz (Kronen, Brücken)?

Ja Nein Wenn ja, wie alt ist dieser?

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche?

Haben Sie Diabetes?

Ja Nein

Magen-/Darm- oder Nieren-Erkrankung?

Ja Nein

Haben Sie einen Allergiepass?

Ja Nein

Wenn ja, welche Allergien?

Sind Sie empfindlich gegen bestimmte Stoffe?

Ja Nein

z.B. Medikamente, Metall etc?

Haben Sie Herz-/Kreislaufkrankungen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Herzpass?

Ja Nein

Anmeldebogen mit Anamnese (Seite 3 von 4)

Dr. med.
dent.
Oliver
Zittlau



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bestehen Infektionskrankheiten, Tbc?

Ja Nein

Haben Sie Hepatitis B oder C?

Ja Nein

Haben Sie Asthma?

Ja Nein

Bestehen Gelenkbeschwerden, rheumatische Erkrankungen?

Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Rauchen Sie?

Ja Nein

Rückenbeschwerden?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Bereich (HWS/BWS/LWS)?

Kopfschmerzen (auch Migräne)?

Ja Nein

Wenn ja, zu welcher Tageszeit?

Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden?

Ja Nein

Knacken bei Mundöffnung od. Kauen?

Ja Nein

Schmerzen bei der Mundöffnung?

Ja Nein

Schmerzen beim Kauen?

Ja Nein

Knirschen, Pressen?

Ja Nein

Tinnitus (Ohrgeräusche), Schwindel?

Ja Nein

Zahnfleischprobleme?

Ja Nein

Anmeldebogen mit Anamnese (Seite 4 von 4)

Dr. med.
dent.
Oliver
Zittlau



Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung | <input type="checkbox"/> Newsletter | <input type="checkbox"/> Social Media |
| <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Webseite | <input type="checkbox"/> Flyer |
| <input type="checkbox"/> Broschüre | <input type="checkbox"/> Fachmagazin | |

Sonstiges:

Hinweise:

Konform der Europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) führen wir als Serviceleistung ein Recallsystem. Wir erinnern Sie rechtzeitig, über die Notwendigkeit einer Prophylaxe oder Kontrolluntersuchung per Mail/SMS. Die Terminerinnerung 24 Std. vorher, erfolgt ebenfalls per SMS.

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter www.zittlau.de.

In unserer Praxis wird eine Ausfallentschädigung berechnet für alle Behandlungstermine, die nicht rechtzeitig (2 Tage) vorher abgesagt werden.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben, sowie die oben genannten Hinweise gelesen zu haben.

- Ja Nein

Datum:

Unterschrift: