



# Zahnarztpraxis

Dr. Renate Thomas & Dr. Johannes Glombek

## Anamnesebogen



Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben!

Patient Name.....Vorname.....geb.....;

Mitglied Name.....Vorname.....geb.....;

Anschrift Straße..... PLZ / Ort.....;

Telefon privat..... mobil..... Email.....;

Krankenkasse/-versicherung .....

- gesetzlich versichert       freiwillig       privat versichert  
 (zahn-) zusatzversichert

Beruf ..... Arbeitgeber .....

Anschrift u. Telefonnummer Arbeitgeber .....

Hausarzt .....

Für eine komplikationslose Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Akute oder chronische Erkrankungen des Kreislaufs / Herzens?       ja       nein

Hoher\* / niedriger\* Blutdruck? (\*bitte markieren, falls ja)       ja       nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis A/B/C, Tbc, HIV+, MRSA usw.)?       ja       nein

Innere / Stoffwechselkrankheiten (Diabetes mellitus usw.) / Asthma?       ja       nein

Haben Sie Osteoporose / einen veränderten Knochenstoffwechsel?       ja       nein

Blutgerinnungsstörungen / -veränderungen (z.B. durch Medikamente)?       ja       nein

Leber-\* und / oder Nieren-\*Erkrankungen? (\*bitte markieren, falls ja)       ja       nein

Ich habe Allergien / Überempfindlichkeiten gegen.....  keine

Sonstige Erkrankungen:       ja, nämlich:.....  nein

Sind Sie schwanger?       ja, im ..... Monat       weiß ich nicht       nein

Nehmen Sie Medikamente ein?       ja, nämlich:.....  nein

Sind Sie pflegebedürftig?       ja, Pflegegrad (1-5).....  nein       stationäre Pflegeeinrichtung

Gab es Reaktionen durch Spritzen (z.B. Unwohlsein, Ohnmacht etc.)?       ja       nein

Wer hat uns Ihnen empfohlen oder Sie zu uns überwiesen? .....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben. Aushängende Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Zudem erteile ich die Erlaubnis dafür, dass ich an meine Termine erinnert werde.

Krefeld, den ..... Unterschrift .....