

Praxis für Zahnheilkunde
Ulrike Szuwart & Dr. Michael Müller
Waiblinger Straße 9/4 • 71384 Weinstadt
Telefon: 0 71 51 / 6 44 20 • Telefax: 0 71 51 / 96 18 00

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____	Krankenkasse: _____
Vorname: _____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs- mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum: _____	Name: _____
Geburtsort: _____	Vorname: _____
Adresse: _____	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat: _____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Tel. Mobil: _____	Name: _____
	Adresse: _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

	Ja / Nein
Haben Sie einen Allergiepass / Allergien? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____	
Haben Sie Gerinnungsstörungen? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Nehmen Sie Bisphosphonate (Osteoporose / Krebserkrankung) ein? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Hatten Sie einen Schlaganfall? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie zu hohen / zu niedrigen Blutdruck? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Leiden Sie an Tuberkulose? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie eine Creutzfeldt Jakob (CJK) Krankheit? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Sind Sie HIV positiv? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie Hepatitis B / C? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie Diabetes? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Leiden Sie unter Migräne? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie grünen Star? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie Asthma? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente / gerinnungshemmende Medikamente? _____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____	

Welche sonstigen Erkrankungen haben Sie durchgemacht oder haben Sie noch?

Name Ihres Hausarztes: _____

Wünschen Sie eine Benachrichtigung für Ihre nächste Kontrolle? per SMS /

Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? /

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse!
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

➔ **bitte wenden**

Praxis für Zahnheilkunde
Ulrike Szuwart & Dr. Michael Müller
Waiblinger Straße 9/4 • 71384 Weinstadt
Telefon: 0 71 51 / 6 44 20 • Telefax: 0 71 51 / 96 18 00

Sehr geehrte Patienten,
damit wir uns vollständig auf Ihr Anliegen konzentrieren können und sie möglichst wenig
Wartezeit haben, werden Ihre Termine so exakt wie möglich geplant.

**Daher bitten wir sie Ihre Termine einzuhalten und bei Verhinderung 24h vorher
abzusagen!**

Für den Fall, dass wir keine Nachricht von Ihnen erhalten, bitten wir Sie um Verständnis,
dass wir nach §615 BGB dann 80,- € / halbe Stunde berechnen können.

**Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis
einsehbar!**

Ihr Praxisteam

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

Ort, Datum

Unterschrift