

## Anamnesebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

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

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

Versicherung: \_\_\_\_\_

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

### Bestehen gesundheitliche Risiken?

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

### Haben Sie Allergien?

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

### Haben Sie:

Gerinnungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Migräne	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheuma/Arthrose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis B	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Immunschwäche, HIV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis C	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Atemwegserkrankung/Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Zahnschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Knirschen/Pressen Sie mit den Zähnen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Für die Damen: sind Sie schwanger?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne angefertigt: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja  Nein

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

Kommen Sie auf Empfehlung? Ja  Nein  Wenn ja, wer: \_\_\_\_\_

Möchten Sie in unseren Erinnerungsdienst (Recall) aufgenommen werden? Ja  Nein

!!Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse!!

– Verschwiegenheit ist für uns selbstverständlich –

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

Wir sind eine reine Bestellpraxis, sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte spätestens 24 Std. vorher. Bitte beachten Sie, dass wir für versäumte Termine eine Unkostenpauschale in Rechnung stellen können. Vielen Dank!

Stuttgart, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherter \_\_\_\_\_