

Milch&Krone

Schillerstraße 1 – 58511 Lüdenscheid
Telefon: 02351894980 – Telefax: 023518949829
hallo@milchundkrone.de

Milch&Krone Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
E-Mail privat: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes? ja nein
Krankenkasse: _____
Pflichtversichert: ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer Allergie? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein
Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja
Haben Sie eine Pflegestufe? ja nein
Haben Sie Diabetes? ja nein
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja nein
HIV Hepatitis B Hepatitis C
Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja nein
Leiden Sie unter Migräne? ja nein
Haben Sie grünen Star? ja nein
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja nein
Rauchen Sie? ja nein
Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja nein
In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? _____
Sonstiger Grund _____

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein
Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein
Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? ja nein
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein
Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein
Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung? ja nein

Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten? ja nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja nein
Möchten Sie darüber eine Beratung? ja nein

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

Kontrolluntersuchungen
Professionelle Zahnreinigung

Die Erinnerung wünsche ich

per Brief
per E-Mail
per SMS

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift