

Zahnärzteezentrum Hüttenberg-Langgöns

Langgönsener Straße 29 / Liebigstraße 4 – 35625/ 35428 Hüttenberg/Langgöns
Telefon: (06403) 4055/2632-Telefax (06403) 75017 / 6098194

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Telefon/Mobil: _____
eMail: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert: ja 0 / nein 0

Wer hat uns empfohlen? : _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?
Wenn ja, welche?

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Adresse: _____

	Ja	/	Nein
Haben Sie einen Allergiepass?	0		0
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe:	0		0
Haben Sie Gerinnungsstörungen:	0		0
Haben Sie eine Herz-/ Kreislaufkrankung?	0		0
Sind Sie HIV positiv?	0		0
Haben Sie Hepatitis A	0		0
Haben Sie Hepatitis B?	0		0
Haben Sie Hepatitis C?	0		0
Haben Sie Diabetes ?	0		0
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	0		0
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	0		0
Leiden Sie unter Migräne?	0		0
Haben Sie Asthma?	0		0

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	0	0
Blutet Ihr Zahnfleisch?	0	0
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	0	0
Sind Ihre Zähne gelockert?	0	0
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	0	0
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?	0	0

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

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

Hüttenberg/Langgöns, den: _____ Unterschrift: _____