

# Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis von Dr. Constanze Zimmermann

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beihilfeanspruch: ja , nein   
Hauptversicherter Name/Vorname/geb. am: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Familie , Freunde , Kollegen , Internet , Gelbe Seiten , Telefonbuch , Plakatständer   
Auf wessen Empfehlung kommen Sie? \_\_\_\_\_

Möchten Sie an die nächste Vorsorgeuntersuchung und Prophylaxe erinnert werden? ja , nein

## Was ist Ihr Hauptanliegen?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja , nein  Kiefergelenkschmerzen? ja , nein   
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja , nein  Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja , nein   
Sind Ihre Zähne gelockert? ja , nein  Wurden Röntgenbilder erstellt? ja , nein   
Wann?/Wo? \_\_\_\_\_

Sonstige Anliegen? \_\_\_\_\_

## Gesundheitliche Risiken?

Herz-/Kreislauferkrankungen?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	HIV/Hepatitis-Erkrankung?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	Diabetes?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	künstlicher Bluter?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	blutverdünnende Medikamente?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>
Asthma?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	Behandlungsängste?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>
Arzneimittelunverträglichkeiten?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____	
Allergien?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____	
Nehmen Sie Medikamente?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____	
Operationen/Bluttransfusionen?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____	
Infektionskrankheiten?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____	
besteht eine Schwangerschaft?	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	sonstige Risiken? _____	

## Wünschen Sie Informationen über:

das Aufhellen von Zähnen	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	Ästhetische Zahnheilkunde/Implantate	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>
Karies-/Parodontoseprophylaxe	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	prof. Mundgeruchsbehandlung	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>
zahnfarbene Keramikfüllungen	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	hochwertigen Zahnersatz	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>
Amalgamentfernung/Ausleitung	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	Sportmundschutz	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>
Goldfüllungen	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>	Knirscherschienen	ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>

## Wie zufrieden sind Sie mit der Farbe/Ästhetik Ihrer Zähne?

zufrieden , weniger zufrieden , unzufrieden

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

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_