

Anmeldebogen mit Anamnese

Dr. Peter Burg

Zahnarzt
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Master of Oral Medicine
in Implantology



Weggentalstraße 18
72108 Rottenburg a. N.
Telefon 0 74 72 4 20 04
Telefax 0 74 72 4 20 05

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Tel. Privat: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert: Ja / Nein

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

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes? Ja / Nein

Wer hat uns empfohlen? _____

	Ja/Nein
Bestehen gesundheitliche Risiken? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____	

Haben Sie einen Allergie- oder Herzpass? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Wenn Ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie Gerinnungsstörungen? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? (Bluthochdruck?) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV positiv? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie Hepatitis A P B P C P? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Migräne? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie grünen Star? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung (vor allem Brust- oder Prostatakrebs)? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie Osteoporose _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie Asthma? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn Ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie ein künstliches Gelenk? Wenn Ja welche? _____	
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____	

	Ja/Nein
Weswegen begeben Sie sich in Behandlung? _____	
Haben Sie Zahnschmerzen? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hat in den letzten 6 Monaten eine Röntgenuntersuchung stattgefunden? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse, aus medizinischen Gründen ist die Anamnese unter Umständen für die Behandlung für uns wichtig.

Für uns gilt die ärztliche Schweigepflicht!

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

Datum/Unterschrift _____