



Anmeldebogen

Allgemeine Informationen

Ihr Name _____ Ihr Vorname _____ Ihr Geburtsdatum _____

Name, Vorname des/der Hauptversicherten (falls Abweichend) _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ Telefonnummer _____

E-Mail Adresse _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____ Zusatzversichert Pflegegrad, wenn ja welcher _____
 privat Versichert Beihilfeberechtigt
 von Zuzahlung befreit

Name und Adresse ihres Hausarztes/ihrer Hausärztin _____

Waren oder sind Sie zurzeit oder regelmäßig in ärztlicher Behandlung? Falls ja, bei welchem Arzt und ggf. wegen welcher Erkrankung? _____

Allgemeine Gesundheitsfragen

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? z.B.: Blutverdünner, Bisphosphonate _____ ja nein
Wenn ja, welche? _____

Existieren Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder andere Stoffe? _____ ja nein
Wenn ja, welche? _____

Sind Allergien bekannt? _____ ja nein
Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? _____ ja nein
Wenn ja, welche Woche/welcher Monat? _____

Rauchen Sie? nein Ja, bis 10 Zigaretten pro Tag Ja, mehr als 10 Zigaretten pro Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? _____ ja nein



Erkrankungen

Leiden Sie an einer der nachfolgenden Erkrankungen?

Herzerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Diabetes	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Lebererkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzklappenentzündung/Endokarditis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Nervenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Herzklappe	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Osteoporose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schlaganfall	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Krampfleiden/Epilepsie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Tumorleiden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, HIV, AIDS) ja nein
 Wenn ja, welche? -----

Haben Sie anderweitige, nicht aufgeführte Erkrankungen? ja nein
 Wenn ja, welche? -----

Zahnärztliche Gesundheitsfragen

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Neigen Sie zu Nachblutungen nach chirurgischen Eingriffen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind jemals Probleme bei zahnärztlichen Eingriffen aufgetreten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts-/Nackенbereich?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schnarchen Sie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Existieren Röntgenaufnahmen von Zähnen oder Kiefer jüngeren Datums?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Was ist der Grund Ihres Praxisbesuchs?

Wurde Ihnen diese Praxis empfohlen? ja nein
 Wenn ja, durch wen? -----

Ich bin an einer kostenlosen Simulation zur Korrektur von Zahnfehlstellungen mit transparenten Alignern (Invisalign-Schienen) interessiert. ja nein

Ich möchte gerne den Erinnerungsservice für die Kontrolluntersuchungen und/oder die professionelle Zahnreinigung in Anspruch nehmen. ja nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und verpflichte mich jede Änderung meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

 Ort, Datum

 Unterschrift