



Anmeldebogen mit Anamnese

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

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
 Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Tel. Privat: _____
 Tel. Arbeitsplatz: _____
 Hat uns jemand empfohlen? _____

Email-Adresse _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

	ja	nein		ja	nein
Herz-/ Kreislaufferkrankungen:			Anfallsleiden (Epilepsie)	[]	[]
Hoher Blutdruck	[]	[]	Asthma/Lungenerkrankungen	[]	[]
Niedriger Blutdruck	[]	[]	Blutgerinnungsstörungen	[]	[]
Herzklappenfehler	[]	[]	Diabetes/Zuckerkrankheit	[]	[]
Herzklappenersatz	[]	[]	Drogenabhängigkeit	[]	[]
Herzschrittmacher	[]	[]	Nervenerkrankung	[]	[]
Endokarditis	[]	[]	Nierenerkrankungen	[]	[]
Herzoperation	[]	[]	Ohnmachtsanfälle	[]	[]
			Osteoporoseerkrankung	[]	[]
Leukämie	[]	[]	Raucher	[]	[]
Mukoviszidose-Erkrankung	[]	[]	Rheuma/Arthritis	[]	[]
Organtransplantiert	[]	[]	Schilddrüsenerkrankung	[]	[]
Stammzellentransplantiert	[]	[]	Sonstige Erkrankungen:	[]	[]
Infektiöse Erkrankungen:			Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
HIV-Infektion/Stadium AIDS	[]	[]	Lokalanästhesie/Spritzen	[]	[]
Lebererkrankung/Hepatitis	[]	[]	Antibiotika	[]	[]
Tuberkulose	[]	[]	Schmerzmittel	[]	[]
Andere Infektionskrankheiten	[]	[]	Metalle:	[]	[]

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?
 Wenn ja, in welchem Monat? _____ Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche
 Röntgenaufnahmen gemacht worden?
 Wenn ja, wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Nehmen Sie Blutverdünner ein? seit _____
 Nehmen Sie Bisphosphonate? seit _____
 Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? seit _____
 Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? seit _____
 Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva? seit _____

**Ich bitte darum, ggfs. telefonisch an anstehende Termine erinnert zu werden. Wir rufen z.B. an:
 -falls ein Prophylaxetermin ansteht,
 -bevor Sie Ihren Bonus verlieren, da Sie in dem Jahr noch nicht zur Kontrolle waren.**

Unterschrift: _____

Ich verpflichte mich im eigenen Interesse, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Neuss, den _____

Unterschrift: _____