

Anmelde- und Anamnesebogen

Sie und Ihr Wohlbefinden stehen in unserer Praxis im Mittelpunkt. Damit wir Sie medizinisch bestens versorgen können, ist es wichtig, zu Beginn einige Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand zu klären. Sollten Sie Fragen haben, sprechen Sie uns jederzeit an!

Ihr Praxisteam Romeike & Partner

Patient	Versicherter
Name	Name
Vorname	Vorname
Geburtsname	Geburtsname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Straße	Straße
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon/Fax (privat)	Telefon
Telefon/(dienstlich)	<input type="checkbox"/> Pflichtversichert in gesetzlicher Krankenkasse bei:
Telefon (mobil)	<input type="checkbox"/> Ich habe eine Zusatzversicherung seit:
Beruf	<input type="checkbox"/> Freiwillig versichert. Ich wünsche eine Privatbehandlung.
Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Privat versichert bei:
Bitte informieren Sie mich über Vorsorgetermine <input type="checkbox"/> per Post <input type="checkbox"/> per Email Email-Adresse:	

Sind Sie an unsere Praxis überwiesen worden? Nein Ja, von _____

Grund der Überweisung/Behandlungsbedarf: _____

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch? _____

Haben Sie Angst vor der Behandlung (Zahnarztphobie)? Ja Nein

Sind Sie mit dem Aussehen, der Farbe Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein

Wünschen Sie eine Professionelle Zahnreinigung? Ja Nein

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? Ja Wenn ja, von wem? _____ Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

alles romeike?

Name des Hausarztes _____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Wenn ja, wegen _____ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/Infusionen ein? Ja Wenn ja, welche _____ Nein

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit oder Allergie? _____

Besteht eine erhöhte Blutungsneigung? Ja Nein Nehmen oder nahmen Sie Drogen? Ja Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt? Ja Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____ Nein

Leiden Sie an Herzkrankheit Ja Nein Zu hoher Blutdruck Ja Nein

einer der Ohnmachtsanfälle Ja Nein Zu niedriger Blutdruck Ja Nein

nebenstehend Zuckerkrankheit/Diabetes Ja Nein Magen- Darmerkrankungen Ja Nein

aufgeführten Zustand nach Schlaganfall Ja Nein Gelbsucht/Leberentz./Hepatitis Ja Nein

Erkrankungen? Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein Epilepsie Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein Blutkrankheit Ja Nein

Chron. Atemwegserkr./Asthma Ja Nein Nierenerkrankung Ja Nein

Sonstiges _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? Ja Welche? _____ Nein
(Marcumar, ASS, ...)

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger? Ja In welcher Woche? _____ Nein

Die von Ihnen angegebenen Daten werden elektronisch gespeichert und unterliegen dem Datenschutzgesetz.
Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben – auch zur ärztlichen und zahnärztlichen Anamnese – mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift