

**ANMELDUNG**

**PATIENT/IN**

Name	_____	Vorname	_____
		Geburtsdatum	_____
Straße	_____	Telefon (privat)	_____
Plz/Ort	_____	Mobiltelefon	_____
E-Mail Adresse	_____		

**VERSICHERTE/R**

Name	_____	Vorname	_____
		Geburtsdatum	_____
Straße	_____	Telefon (privat)	_____
Plz/Ort	_____	Mobiltelefon	_____

**KRANKENKASSE/KRANKENVERSICHERUNG**

Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine private Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**BERUF**

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Telefon (gesch.) \_\_\_\_\_

**BANKVERBINDUNG**

Bank	_____	Blz.	_____
Kontonummer	_____	Abw. Kontoinh.	_____

Durch wen wurden Sie empfohlen? \_\_\_\_\_

Bremen, \_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift)

**ANAMNESE**

*Wir bitten Sie um folgende Angaben*

**WAS IST DIE URSACHE IHRES BESUCHES?**

**HATTEN ODER HABEN SIE EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?**

Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herz-Kreislauf-Erkrankungen/Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Innere Krankheiten (Diabetes etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychische Probleme (auch Therapie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**BESTEHEN ANDERE ERKRANKUNGEN? WENN JA, WELCHE?****NEHMEN SIE REGELMÄßIG MEDIKAMENTE EIN? WENN JA, WELCHE?****HABEN SIE EINE ÜBEREMPFINDLICHKEIT/ALLERGIE GEGEN...** Medikamente: \_\_\_\_\_ Materialien: \_\_\_\_\_ Sonstiges: \_\_\_\_\_**WIR HABEN NOCH EIN PAAR PERSÖNLICHE FRAGEN AN SIE?**Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  NeinHaben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?  Ja  NeinBestehen chronische orthopädische Probleme?  Ja  NeinHaben Sie Schmerzen/Knacken in der Kaumuskulatur und/oder in den Kiefergelenken?  Ja  NeinHaben/hatten Sie Ohrgeräusche (Tinnitus)?  Ja  NeinHaben Sie manchmal Zahnfleischbluten?  Ja  NeinSind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  Ja  Nein**HABEN SIE WEITERE DINGE, DIE SIE UNS MITTEILEN MÖCHTEN?*****Teilen Sie uns bitte mit, falls sich an ihrem Gesundheitszustand etwas verändert hat!***

Ihre Angaben werden von uns gespeichert und unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Bremen, \_\_\_\_\_

(Datum)

(Unterschrift)

**BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN****LEGEN BESONDEREN WERT AUF EINE BEHANDLUNG UNTER LOKALER BETÄUBUNG?** Ja  Nein**WÜNSCHEN SIE EINE BESONDERE BERATUNG ÜBER:**Karies- und Parodontitisprophylaxe (Vorbeugung)?  Ja  NeinMetallfreie Sanierung?  Ja  NeinZahnaufhellung?  Ja  NeinKiefergelenksbehandlung/Knirschertherapie?  Ja  NeinParodontitisbehandlung?  Ja  NeinZahnersatz?  Ja  NeinImplantate?  Ja  NeinAmalgamalternativen?  Ja  Nein**SONSTIGES?**

Bremen, \_\_\_\_\_

(Datum)

(Unterschrift)