

# Anmeldung und Anamnesebogen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Tel. Privat, Mobil

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
E-Mail

**Wenn Sie nicht selbst Mitglied einer  
Krankenversicherung sind, wer ist versichert?**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?**

Ja

Nein

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?**

Internet

Anzeigen

Flyer

\_\_\_\_\_  
Empfehlung von... / Sonstiges

**Wie heißt Ihr behandelnder Hausarzt?** \_\_\_\_\_

**Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung?**

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, aus welchem Grund

**Bestehen gesundheitliche Risiken/Krankheiten?**

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche?

**Gab es jemals Probleme bei ärztlicher Behandlung?**

Ja

Nein

(Z.B. bei Spritzen oder Anästhesie)

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche?

**Haben Sie Diabetes?** Ja Nein

**Bluterkrankungen oder abnorme Blutungsneigung**  
(Z.B. nach Verletzungen)? Ja Nein

**Herz-/Kreislaufferkrankungen?** Ja Nein

---

Wenn ja, welche?

---

**Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?** Ja Nein

Überfunktion  Unterfunktion

**Haben Sie eine Infektionskrankheit?** Ja Nein

Tuberkulose  HIV  Hepatitis

Sonstige \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente ein?** Ja Nein

---

Wenn ja, welche?

---

**Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe, haben Sie einen Allergiepass?** Ja Nein

---

Wenn ja, auf welche Stoffe reagieren Sie?

---

**Welche Beschwerden können Sie angeben?**

Spannungskopfschmerz  Zahnwanderungen  
 Zähneknirschen  Kiefergelenkschmerzen

**Wünschen Sie unseren Recall?** Ja Nein

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie an Ihre Vorsorge per Briefpost zu erinnern?

---

Datum und Unterschrift

**Neigen Sie zur Ohnmacht?** Ja Nein

**Haben Sie Erkrankungen der Atemwege (Asthma)?** Ja Nein

**Leiden Sie unter Migräne?** Ja Nein

**Haben Sie grünen Star?** Ja Nein

**Tragen Sie eine Gelenk-, Gefäß- oder Herzklappenprothese?** Ja Nein

**Haben Sie eine Magen-/Darm oder Nierenerkrankung?** Ja Nein

**Haben Sie Osteoporose?** Ja Nein

**Leiden Sie an Blutarmut?** Ja Nein

**Wurden Sie in den vergangenen 3 Monaten stationär im Krankenhaus behandelt?** Ja Nein

**Für Frauen**

**Sind Sie schwanger?** Ja Nein

---

Wenn ja, in welcher Woche?

---

Zahnfleischentzündung/-bluten

Hörgeräusche/Schwindel

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen.

Des weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vorher abzusagen.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

Bitte drucken Sie dieses Formular aus, unterschreiben es und bringen es zu Ihrem nächsten Termin mit.