

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum u. Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
 Tel. Mobil: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-  
 mitglied sind, wer ist Versicherter?  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 pflichtversichert:  ja  nein

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen  
 Dienstes?  nein  ja

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  nein  ja  
 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### Allgemeine Gesundheitsfragen

Haben Sie Gerinnungsstörungen? Bluten Sie ungewöhnlich lange?  nein  ja  
 Nehmen Sie Marcumar o.ä. ein? Wenn ja, was? \_\_\_\_\_  nein  ja  
 Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  nein  ja  
 Hatten Sie einen Herzinfarkt, Schlaganfall? Wenn ja, was u. wann? \_\_\_\_\_  nein  ja  
 Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?  nein  ja  
 Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_ Stück  nein  ja  
 Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, Tuberkulose) Welche? \_\_\_\_\_  nein  ja  
 Nehmen Sie Drogen oder konsumieren Sie regelmäßig viel Alkohol?  nein  ja  
 Haben Sie Epilepsie?  nein  ja  
 Haben Sie grünen Star (Glaukom)?  nein  ja  
 Haben Sie Asthma oder COPD?  nein  ja  
 Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Welche? \_\_\_\_\_  nein  ja  
 Nur Frauen: Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? \_\_\_\_ Woche  nein  ja  
 Bestehen bei Ihnen weitere besondere Risiken, allgemeine Erkrankungen, Infektionen?  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  nein  ja

### Spezielle Gesundheitsfragen:

Haben Sie akut Zahnschmerzen?  nein  ja  
 Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?  nein  ja  
 Blutet Ihr Zahnfleisch?  nein  ja  
 Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  nein  ja  
 Sind Ihre Zähne gelockert?  nein  ja  
 Sind Ihre Zähne verfärbt?  nein  ja  
 Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?  nein  ja  
 Fand im Kopfbereich in den letzten 2 Jahren eine Röntgenuntersuchung statt?  
 Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_  nein  ja

Wir bieten einen Erinnerungsservice für die Kontrolluntersuchung an. Möchten Sie diesen Service kostenfrei nutzen?  nein  ja

Wenn ja:  per E-Mail  per Brief  per Telefon

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift