Praxis für Zahnheilkunde
Dr. Marc Roderjan
Poppenbütteler Chaussee 37 - 22397 Hamburg
Telefon: 040 22 62 99 27 - Telefax: 040 22 62 99 30

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
_____
Geburtsdatum: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Mobil: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: _____

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

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? o nein o ja

Allgemeine Gesundheitsfragen

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

Spezielle Gesundheitsfragen:

Haben Sie akut Zahnschmerzen?	o nein	o ja
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	o nein	o ja
Blutet Ihr Zahnfleisch?	o nein	o ja
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	o nein	o ja
Sind Ihre Zähne gelockert?	o nein	o ja
Sind Ihre Zähne verfärbt?	o nein	o ja
Fand im Kopfbereich in den letzten 2 Jahren eine Röntgenuntersuchung statt?	o nein	o ja
Wenn ja, bei wem ? _____		
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, welche? _____	o nein	o ja
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____		

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

O per E-Mail O per Brief O kein Recall gewünscht

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Wir bitte Sie, uns über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Hamburg, den _____

_____
Unterschrift