

Anmeldeformular/Anamnese

Name:..... Tel.privat:.....

Vorname:..... Tel. gesch.:

Strasse: Natel:.....

PLZ/Ort: E-Mail:.....

Geb. datum:..... Beruf:.....

gesetzl. Vertreter:.....

Krankenversicherung, evtl.
Zusatzversicherung:.....

Beziehen Sie Sozial-/Asyl-hilfe oder Ergänzungsleistungen?.....

Was führt Sie zu uns?.....

WiewurdenSieaufunsaufmerksam?.....

WannundwowarenSiezuletztbeimZahnarzt?.....

Befinden Sie sich in ärztlicher Betreuung? Spezialist?

Hausarzt/Spezialist:.....

Bitte ankreuzen Ja Nein

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?
Wenn ja welche(s)? _____

HabenSieHerz/ Kreislaufbeschwerden?
(anormaler Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt etc.) _____

Leiden Sie an einer Bluterkrankung od. Gerinnungsstörung? _____

Ist Ihnen eine Allergie od. Unverträglichkeit gegen
Materialien od. Medikamente bekannt? _____

Bestehen Erkrankungen des Bewegungsapparates,
rheumatische Erkrankungen o.ä.? _____

Bestehen organische Erkrankungen (innere Organe)? _____

Ja Nein

Leiden oder litten Sie an Infektionskrankheiten

(Hepatitis, HIV, Tuberkulose)? _____

Haben oder hatten Sie hormonelle Krankheiten,

neuronale oder Gemütsleiden? _____

Sonstige, nicht aufgeführte Krankheiten? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____

Haben Sie derzeit Zahnschmerzen, Zahnfleischbeschwerden,

beeinträchtigte Kaufähigkeit? _____

Haben oder hatten Sie Kieferhöhlenentzündungen,

Kopfschmerzen, Verspannungen? _____

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? _____

Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als problematisch? _____

Wünschen Sie Informationen zu einem speziellen Thema?

Wenn ja, worüber? _____

Patientinnen: Sind Sieschwanger? Wenn ja, welcher Monat? _____

Wünschen Sie eine Zahnreinigung? _____

Bitte bedenken Sie, dass eine Anästhesie zu Nervenschädigungen führen kann. Fragen Sie nach, falls Sie Genaueres wissen wollen.

Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie dies bitte 24 Stunden vorher ab. (auch möglich per Telefonbeantworter od. email)

Andernfalls müssen wir Ihnen die für Sie reservierte Zeit in Rechnung stellen.

Ort, Datum

Unterschrift.....