

# Anmeldeformular

**Wir sind stets bemüht Sie in den Fokus unserer Praxis zu stellen.  
Sollten Sie daher Wünsche haben, so sprechen Sie uns darauf an!**

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherung:  pflichtversichert  freiwillig versichert  Privatversicherung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer (Mobil und tagsüber): \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Name Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

## Allgemeine Krankengeschichte

**Herzerkrankungen:** Herzenschwäche Krankheiten  Ja  Nein  
Herzinfarkt, wann?  Ja  Nein

**Kreislaufferkrankungen:** zu hoher Blutdruck  Ja  Nein  
zu niedriger Blutdruck  Ja  Nein  
Einnahme gerinnungshemmende Medikamente  Ja  Nein  
Ohnmachtsanfälle  Ja  Nein

**Stoffwechselerkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein  
Magen-Darm-Erkrankungen  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein  
Nierenerkrankungen  Ja  Nein

**Immunsystem:** Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?  Ja  Nein  
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten:** Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein  
AIDS, HIV  Ja  Nein

**Sind Allergien bekannt?** (z.B. Laktoseintoleranz) \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?** \_\_\_\_\_

**Allgemeine Fragen:**

Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?

Ja  Nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?

Ja  Nein

Haben Sie Verspannungen an der Nacken- oder Schultermuskulatur?

Ja  Nein

Wünschen Sie Informationen zur Gesunderhaltung Ihrer Zähne?

Ja  Nein

Sind sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

Ja  Nein

Möchten Sie in unserem Recallsystem aufgenommen werden?

Ja  Nein

**Für Frauen:**

Besteht eine Schwangerschaft? (Welcher Monat?: \_\_\_\_\_ )

Ja  Nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_