



Praxis für Endodontie und Zahnerhaltung Dr. Wenk Bösemeyer

Hauptstr. 6 - 26122 Oldenburg - Telefon: 0441-506550 - Telefax: 0441-506541

Anmeldebogen mit Anamnese

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse: _____

pfl. versichert: _____ ja / nein

privat versichert: Standardtarif: Basistarif:

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen

Dienstes? ja / nein

Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja / nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja / nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja / nein

Sind Sie HIV positiv? ja / nein

Haben Sie Hepatitis B? ja / nein

Haben Sie Hepatitis C? ja / nein

Haben Sie Diabetes? ja / nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja / nein

Leiden Sie unter Migräne? ja / nein

Haben Sie grünen Star? ja / nein

Haben Sie eine Prostataerkrankung? ja / nein

Haben Sie Asthma? ja / nein

Nehmen Sie Psychopharmaka? ja / nein

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____ Woche ja / nein

Nehmen Sie Medikamente? Welche: _____



Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	im Kiefergelenk?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein	Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"?	ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein	Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	ja / nein
Hatten Sie schon einmal eine Entzündung an einer Zahnwurzel?			ja / nein
Möchten Sie an dem Praxisinternen Recall teilnehmen?			ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Weiterhin möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir uns für Ihre Behandlung extra Zeit einplanen und wir uns bei Nichteinhaltung oder einer Absage später als 24 Std. vor dem Termin vorbehalten, die Ausfallzeit in Rechnung zu stellen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Oldenburg, den _____ Unterschrift _____