**Dr. Nicola Bürgel-Häger & Dr. Lina Lindhorst**

**Zahnärztinnen am Mittelweg**

Mittelweg 123 - 20148 Hamburg

Telefon: 040 - 45 82 88 - Telefax: 040 - 410 44 41

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mitglied sind, wer ist Versicherter?

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wer soll die Rechnung erhalten?

Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen

pflichtversichert: ja / nein Dienstes? ja / nein

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Wenn ja, wofür? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Bitte kreisen Sie Zutreffendes ein**

Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja / nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja / nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislauferkrankung? 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

Haben Sie MRSA (multiresistente Keime)? ja / nein

Haben Sie die Creutzfeldt-Jakob- Krankheit? ja / nein

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

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 in den

 letzten 12 Monaten statt? ja / nein

Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? ja / nein

Möchten Sie darüber eine Beratung? ja / nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Prophylaxe durchgeführt? ja / nein

Haben Sie ein besonderes Anliegen? nein

Wenn ja, welches?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind Sie mit einem Recall (Erinnernungsservice) einverstanden? ja / nein

Dürfen wir Sie ggf. bei Terminänderungen oder Erinnerungen telefonisch

benachrichtigen? ja / nein

Dürfen wir ggf. den Behandlungsplan (Heil- und Kostenplan) für Sie an Ihre

 Krankenkasse senden? ja / nein

Dürfen wir ggf. Röntgenbilder an den weiterbehandelnden Arzt / Krankenkasse/ Versicherung

weiterleiten? ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

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

**Datum Unterschrift**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**