



## Zahnarztpraxis Isabell Seitz

Zahnärztin Isabell Seitz und Zahnärztin Sabine Kolling (Angestellte Zahnärztin)  
Bleigässchen 12 · 86150 Augsburg · Telefon: 0821-65099399 · Telefax: 0821-65099398  
[www.seitz-zahnarztpraxis.de](http://www.seitz-zahnarztpraxis.de) · [smile@seitz-zahnarztpraxis.de](mailto:smile@seitz-zahnarztpraxis.de)

### Anmeldebogen mit Anamnese (Erwachsene)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

#### Patient

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Geburtsort \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
E-Mail privat \_\_\_\_\_

#### Telefonnummern

Privat \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_  
Geschäftlich \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort \_\_\_\_\_

#### Wer ist Hauptversicherter?

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

#### Wer soll die Rechnung erhalten?

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

ja  nein

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Pflichtversichert  ja  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_



### **Bestehen gesundheitliche Risiken?**

Wenn ja, welche?

---

Leiden Sie an einer Allergie?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung?  ja  nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?  ja  nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen?  ja  nein

Haben Sie Diabetes?  ja  nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?  ja  nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?  ja  nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?  ja  nein

HIV  Hepatitis B  Hepatitis C

Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Haben Sie eine Nierenerkrankung?  ja  nein

Leiden Sie unter Migräne?  ja  nein

Haben Sie grünen Star?  ja  nein

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche?

---

### **Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?**

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung  ja  nein

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor?

---

Haben Sie Zahnschmerzen?  ja  nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?  ja  nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  ja  nein

Sind Ihre Zähne gelockert?  ja  nein

Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk?  ja  nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk?  ja  nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung?  ja  nein

Sonstiger Grund

---

Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten?  ja  nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?  ja  nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein

Möchten Sie darüber eine Beratung?  ja  nein

### **An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden**

Kontrolluntersuchungen

Professionelle Zahnreinigung

#### **Die Erinnerung wünsche ich**

per Brief

per E-Mail

per Telefonanruf

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_