



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 · 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. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (EU DSGVO) sehr ernst. Unsere detaillierte Datenschutzinformation liegt in unserer Praxis für Sie zur Information aus. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

m w d

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Adresse _____

E-Mail privat _____

Telefonnummern

Privat _____

Mobil _____

Geschäftlich _____

Beruf _____

Arbeitgeber, Ort _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wer ist Hauptversicherter?

m w d

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

ja nein

Krankenkasse _____

Pflichtversichert ja nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

ja nein

Haben Sie ein Bonusheft?

ja nein



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 beim Zahnarzt? 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

Interessieren Sie sich für Zahnaufhellende

Maßnahmen (Bleaching)? ja nein

Möchten Sie darüber eine Beratung? ja nein

An regelmäßige Vorsorgetermine möchte ich erinnert werden

per Brief

per E-Mail

per Telefonanruf

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und stimme den Datenschutzbestimmungen zu.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____