



Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Dieser Anmeldebogen dient Deiner Gesundheit und Sicherheit. Bitte lies ihn gut durch und fülle ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Deinem Gesundheitszustand anzupassen.

**1. Persönliche Daten**

Patient (Familierversichertes Mitglied)

Hauptversichertes Mitglied

Name:

Name:

Vorname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsdatum:

Straße:

Straße:

Wohnort:

Wohnort:

Tel. Privat:

Tel. Privat:

Mobil:

Mobil:

Email:

Email:

Schüler  Auszubildender  Student

Beruf:

Krankenkasse: gesetzlich  privat

Wer soll die Rechnung erhalten?

.....

Wer ist Dein Hausarzt / Kinderarzt?

.....

Wer hat uns empfohlen?

.....

**2. Ärztliche und zahnärztliche Anamnese**

Bestehen oder bestanden die folgenden Befund / Beschwerden / Krankheiten:

Allergien

nein  ja , welche:

Hämophilie (Blutgerinnungsstörung)

ja  nein

Herzfehler mit Endokarditisrisiko

ja  nein

Leukämie

ja  nein

Epilepsie

ja  nein

ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose...)

nein  ja , welche:

Lungenerkrankungen

ja  nein

Welche Medikamente musst/musstest du einnehmen?

.....

(einschließlich Empfängnisverhütung)

.....

Weshalb kommst Du zu uns? Was ist Dein Hauptanliegen?

.....

Bitte wenden.

### 3. Häusliche Mundhygiene

Wie oft täglich betreibst Du Mundhygiene? .....mal  
Reinigst Du die Zahnzwischenräume? ja  nein

### 4. Ernährung

Wie viele Mahlzeiten nimmst Du am Tag zu Dir? bis 5  / über 5   
Sind Deine Zwischenmahlzeiten gesüßt? ja  nein   
Wie sind Deine Trinkgewohnheiten (Art und Häufigkeiten der Getränke)? .....  
.....

### 5. Fluoride

Nimmst Du Flourid-Tabletten? ja  nein   
Wird zu Hause fluoridiertes Speisesalz verwendet? ja  nein   
Welche Zahnpasta verwendest Du? .....

### 6. Recall

Mit unserem Recall-System erinnern wir Dich regelmäßig an Deinen halbjährlichen Kontrolltermin.  
Bist Du an unserem Recallsystem interessiert? ja  nein   
Wenn Ja, lieber per Post oder per Mail? Post  Mail

Eine Absage sollte nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch 24h vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider privat in Rechnung stellen.

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

Berlin, den .....  
.....  
Patient / Erziehungsberechtigter