

# Anmeldebogen/Anamnesebogen

## Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Rainer Spießhofer M.A. ZA Werner Kasper

<b>Patient</b>	Name	Vorname	geb.
<b>Versicherter</b>	Name	Vorname	geb.
<b>Anschrift</b>	Straße	PLZ/Wohnort	Telefon privat  Geschäft
<b>Beruf/ Arbeitgeber</b>			
<b>Krankenkasse</b>	Zusatzversicherung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		freiwillig versichert ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Hausarzt</b>			

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? ja    nein  
Welche ?   

\_\_\_\_\_

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente überempfindlich?   

Waren sie innerhalb der letzten zwölf Monate in zahnärztlicher Behandlung?   

Legen Sie Wert auf Behandlung unter örtlicher Betäubung?   

(Achtung! Betäubungsspritzen können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen)

Legen Sie Wert auf weiße Füllungen?   

Haben Sie oder hatten Sie früher einmal folgende Krankheiten?

- Herz-oder Kreislaufkrankheiten .....   

- Blutkrankheiten, Blutungsneigung .....   

- Augenkrankheiten (Glaukom) .....   

- Allergien (Asthma, Heuschnupfen) .....   

- Zuckerkrankheit .....   

- Schilddrüsenerkrankung .....   

- Leberleiden, Gelbsucht .....   

- Magenkrankheiten .....   

- Nierenkrankheiten .....   

- Lungenkrankheiten .....   

- Rheuma .....   

- Infektionskrankheiten (AIDS, Tuberkulose, Hepatitis, Creutzfeldt-Jakob, MRSA o.ä.)   

- Sonstiges (Drogen) .....   

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich durchgeführt? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?    nein       fraglich       ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_

Empfohlen durch \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_