

# Christian Schultz

## Zahnarzt

Pasewalker Str. 6 - 17098 Friedland  
Telefon: 039601 21464 - Telefax: 039601 21443  
E-Mail: praxis@christian-schultz.de  
www.christian-schultz.de

### Anmeldebogen mit Anamnese

Vorname Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon Privat: \_\_\_\_\_  
Handy Privat: \_\_\_\_\_  
E-Mail Privat: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Telefon Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
pflichtversichert: ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-  
mitglied sind, wer ist Versicherter?  
Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Wer soll die Rechnung erhalten?  
Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen  
Dienstes? ja / nein

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

#### ZUTREFFENDES BITTE UNTERSTREICHEN!

#### Bestehen gesundheitliche Risiken?

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

Wer ist Ihr **Hausarzt**? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Allergie**pass? ja / nein

Reagieren Sie **allergisch** auf bestimmte Stoffe? \_\_\_\_\_ ja / nein

Haben Sie **Gerinnungsstörungen**? \_\_\_\_\_ ja / nein

Haben Sie eine **Herz-/Kreislauf**erkrankung? \_\_\_\_\_ ja / nein

Nehmen Sie **blutverdünnende** Medikamente ein? ja / nein

Welche **blutverdünnenden** Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Sind Sie **HIV** positiv? ja / nein

Haben Sie **Hepatitis B**? ja / nein

Haben Sie **Hepatitis C**? ja / nein

Haben Sie **Diabetes**/Zuckerkrankheit? 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

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

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

#### 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 "Kiefernvermessung"? ja / nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja / nein Fand eine **Röntgenuntersuchung** statt? ja / nein

Wünschen Sie über implantate aufgeklärt zu werden? ja / nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja / nein

Möchten Sie darüber eine Beratung? ja / nein

Haben Sie schon mit beherdeten Zähnen zu tun gehabt? ja / nein

Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert? 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.

Ich wünsche eine Benachrichtigung zur Vorsorgeuntersuchung beim Zahnarzt : ja / nein

Friedland, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift