

**Zahnarzt
Oliver Krüger**

Roxeler Str. 559 - 48161 Münster
Telefon: 02534-9652 - Telefax: 02534-9778213

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____	<u>Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-</u>
Vorname: _____	<u>mitglied sind, wer ist Versicherter?</u>
Geburtsdatum: _____	Name: _____
Geburtsort: _____	
Straße/Hausnr. _____	Vorname: _____
Postleitzahl/Ort _____	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat: _____	Tel. Mobil: _____
eMail Adresse: _____	
Beruf: _____	<u>abweichende Rechnungsadresse</u>
Arbeitgeber: _____	Name: _____
	Adresse: _____
Tel. dienstl.: _____	_____
Krankenkasse: _____	pflichtversichert: ja / nein
Sind Sie Beihilfeberechtigt	ja / nein
Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam _____	

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen:

Ihr Hausarzt: _____

Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?	
Asthma (schwere Atemnot) ?	ja / nein
Diabetes ?	ja / nein
Rheuma ?	ja / nein
Osteoporose ?	ja / nein
Tumor/Karzinom/Krebs ?	ja / nein
Nehmen / nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate	ja / nein
Bluterkrankungen ?	ja / nein
Gerinnungsstörungen ?	ja / nein
HIV Infektion ?	ja / nein
TBC ?	ja / nein
Leberkrankheiten ?	ja / nein
Hepatitis A/B/C / (Gelbsucht) ?	ja / nein
Anfallsleiden (Epilepsie) ?	ja / nein
Schilddrüsenerkrankung ?	ja / nein
allergische Reaktionen /Unverträglichkeiten v. Medikamenten etc.?	ja / nein
Haben Sie einen Allergiepass?	ja / nein

Herzinfarkt _____ ja / nein
 Nehmen Sie Marcumar? _____ ja / nein
 Nehmen Sie ASS _____ ja / nein
 Schlaganfall ? _____ ja / nein
 Lähmungen _____ ja / nein

Blutdruck _____ niedrig
 _____ normal
 _____ hoch

Tragen Sie einen Herzschrittmacher ? _____ ja / nein
 Magen- / Darmerkrankung ? _____ ja / nein
 Grüner Star ? _____ ja / nein
 Prostataerkrankung ? _____ ja / nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ? _____ ja / nein

ggf. welche? _____

Rauchen Sie ? _____ ja / nein

Sind Sie schwanger _____ ja / nein

wenn ja in welcher Woche? _____

Liegt/lag eine Unfallverletzung im
 Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor ? _____ ja / nein

Unfalldatum _____

Art der Verletzung _____

Sonstige Angaben / andere Krankheiten _____

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter
 örtlicher Betäubung ? _____ ja / nein

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur
 örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

Haben Sie einen Röntgenpass ? _____ ja / nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass ? _____ ja / nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung / Computertomografie ? (Datum/Körperteil) _____

Haben Sie ein Bonusheft ? _____ ja / nein

Ich bin an einem Prophylaxeprogramm,
 z. B. professionelle Zahnreinigung, interessiert _____ ja / nein

Ich möchte am Recall-System teilnehmen (Vorsorge-/Prophylaxebehandlung) _____ ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes,
 Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und
 stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Münster, den _____