

**Markus Funck**  
**Praxis für Zahnheilkunde**

Herterichstr. 55 - 81479 München  
Telefon: + 49 (0)89- 51 50 62 92 - Telefax: +49 (0)89- 51 50 62 93

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
pflichtversichert: ja\_\_ / nein\_\_

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?  
Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?  
Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja\_\_ / nein\_\_

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

### Bestehen gesundheitliche Risiken?

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

Haben Sie einen Allergiepass? ja\_\_ / nein\_\_  
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja\_\_ / nein\_\_  
Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja\_\_ / nein\_\_  
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja\_\_ / nein\_\_  
Sind Sie HIV positiv? ja\_\_ / nein\_\_  
Haben Sie Hepatitis B? ja\_\_ / nein\_\_  
Haben Sie Hepatitis C? ja\_\_ / nein\_\_  
Haben Sie Diabetes? 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\_\_

### 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\_\_ Sind Ihre Zähne gelockert? ja\_\_ / nein\_\_  
Wann fand die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung statt? \_\_\_\_\_  
Haben Sie schon mit beherdeten (wurzelbehandelt, entzündet) Zähnen zu tun gehabt? ja\_\_ / nein\_\_  
Zu welchem Thema wünschen Sie eine Beratung? \_\_\_\_\_  
Möchten Sie über Ihren nächsten Vorsorgetermin (Recallkartei) schriftl.  
von uns informiert werden? ja\_\_ / nein\_\_  
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja\_\_ / nein\_\_

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Wir möchten Sie bitten, Termine bis spätestens 24 Stunden vor dem Behandlungstermin abzusagen, da wir andernfalls angehalten sind, Ihnen das anfallende Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

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

München, den \_\_\_\_\_

Ihre Unterschrift \_\_\_\_\_