

ANMELDEBOGEN / ANAMNESE

NAME: _____

VORNAME: _____

STRASSE: _____

PLZ / WOHNORT: _____

GEB. AM: _____

TELEFON: _____

MOBIL: _____

EMAIL: _____

KRANKENKASSE: _____

ALTERNATIVER _____

RECHNUNGSEMPFÄNGER: _____

WAS IST IHR HAUPTANLIEGEN? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Haben Sie Zahnschmerzen?
- Haben Sie Kiefergelenkschmerzen?
- Blutet Ihr Zahnfleisch?
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?
- Sind Ihre Zähne überempfindlich? (z. B. Kalt / Warm)
- Sind bei Ihnen Zähne gelockert?
- Wurden Röntgenbilder erstellt? (Siehe auch Röntgenpass)

Sonstige Anliegen _____

GESUNDHEITLICHE RISIKEN? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Herz- / Kreislauferkrankungen?
- Diabetes?
- Bluthochdruck?
- Erhöhte Blutungsneigung?
- Herzklappenfehler?
- Herzschrittmacher?
- Asthma?

- Arzneiunverträglichkeiten?
- Allergien?
- Nehmen Sie Medikamente?
- Operationen / Bluttransfusionen?
- Infektionskrankheiten?
- Besteht eine Schwangerschaft?

ALLGEMEINE INFORMATIONEN? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?
- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
(Empfehlung, Internet, Gelbe Seiten, Zeitschriften, Veranstaltungen etc.)

WÜNSCHEN SIE INFORMATIONEN ÜBER (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ästhetische Zahnheilkunde?
- Amalgamentfernung / Ausleitung?
- Zahnfarbene Keramikfüllungen?
- Aufhellung von Zähnen? (Bleaching)
- Professionelle Zahnreinigung?
- Parodontitistherapie?
- Ozontherapie?
- Implantatversorgung?
- Hochwertigen Zahnersatz?
- Knirscherschienen?
- Sportmundschutz?

Dr. med. dent. **FRANK FRIEDRICH**

ZAHNARZT



CLAIRE-WALDOFF-STR. 5
10117 BERLIN

FON 030 / 28 24 566

FAX 030 / 43 20 25 60

WWW.ZAHNARZT-IN-MITTE.DE

- JA NEIN
- JA NEIN Wenn ja, wann und wo? _____

Wann? _____ Wo? _____

- JA NEIN

- JA NEIN Wenn Ja, welche? _____
- JA NEIN Wenn Ja, welche Woche? _____

- JA NEIN

Datum / Unterschrift _____