

**Susi Roedenbeck  
Zahnärztin**

Schmidener Straße 33 - 70372 Stuttgart  
Telefon: 0711 - 55 61 62 - Telefax: 0711 - 55 61 62

**Anmeldebogen mit Anamnese**

7. Oktober 2014

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort : \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
e-Mail: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
pflichtversichert: ja / nein  
Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_  
Basistarif 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

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Haben Sie einen Allergien bzw. reagieren Sie auf bestimmte Stoffe? ja / nein

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

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja / nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja / nein

Sind Sie HIV positiv? ja / nein

Haben Sie Hepatitis B / 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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja / nein

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

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 Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"? ja / nein

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

Wünschen Sie über künstliche Zähne (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.

Stuttgart, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient