

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!*

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

Herr/Frau/Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

E-Mail *

Telefon (Privat)

Geburtsort

Versicherung

Mitglied

(falls nicht selbst versichert)

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Leiden Sie unter Zahnschmerzen? Ja Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja Nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? Ja Nein

Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Ja Nein

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? **

* Freiwillige Angabe - wenn Sie die Kommunikation über dieses Medium wünschen, selbstverständlich erfolgt die Kommunikation hier verschlüsselt von unserer Seite

** Freiwillige Angabe - hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

