

# 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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Versicherung

\_\_\_\_\_

Mitglied

\_\_\_\_\_

(falls nicht selbst versichert)

Beruf

\_\_\_\_\_

## ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Leiden Sie unter Zahnschmerzen?

Ja  Nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?

Ja  Nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

Ja  Nein

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?

Ja  Nein

Haben Sie sich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert?

Ja  Nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

Ja  Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Ja  Nein

Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_

