

Dr. Vadim Konoval
Praxis für Endodontie und Zahnerhaltung

Trichtergasse 23 - 52064 Aachen
Telefon: 0241/160287-0 - Telefax: 0241/160287-10

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Adresse: _____ Tel. Privat: _____ Email: _____ Beruf: _____ Arbeitgeber, Ort: _____ Tel. Arbeitsplatz: _____ Krankenkasse: _____ pflichtversichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wer hat uns empfohlen? _____	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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--

Nehmen Sie regelmäßig Medikamenten ein?

Wenn ja, welche? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

- | | |
|---|---|
| Haben Sie einen Allergiepass? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Gerinnungsstörungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine Herz-/Kreislauferkrankung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Epilepsie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie HIV positiv? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Hepatitis B? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Hepatitis C? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Diabetes? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Migräne? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie grünen Star? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine Prostataerkrankung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Asthma? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn Ja welche Woche? _____ | |
| Waren Sie kürzlich in stationärer Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wann? _____ Aus welchem Grund? _____ | |
| Haben Sie Zahnschmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Gab es in der Vergangenheit während oder nach einer zahnärztlichen Behandlung komplikationen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Angst vor der Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Wünschen Sie an Ihre Termine erinnert zu werden ? ja nein

Wenn ja , wie? telefonisch Email

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.

Aachen, _____
Datum