

**Dr. Gargari  
Zahnarztpraxis**

Hochstraße 42 - 52078 Aachen  
Telefon: 0241 9209940 - Telefax: 0241 9209941  
info@zahnarztpraxis-brand.de

Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
E-Mail privat: \_\_\_\_\_

**Wer ist Hauptversicherter?**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Telefonnummern**

Privat: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
Geschäftlich: \_\_\_\_\_

**Wer soll die Rechnung erhalten?**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen  
Dienstes? ja o nein o

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Pflichtversichert: ja o nein o

Haben Sie eine Zusatzversicherung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**Bestehen gesundheitliche Risiken?**

Haben Sie eine Asthmaerkrankung? ja o nein o

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

Leiden Sie an einer Allergie? ja o nein o

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

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja o nein o

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja o nein o

Haben Sie eine künstliche Herzklappe? ja o nein o

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja o nein o

Haben Sie hohen Blutdruck? ja o nein o

Haben Sie niedrigen Blutdruck? ja o nein o

Haben Sie Diabetes? ja o nein o

Nehmen Sie Bisphosphonate (Mittel zur Krebstherapie) ein? ja o nein o  
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja o nein o  
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja o nein o  
HIV o Hepatitis B o Hepatitis C o  
Nehmen Sie Medikamente ein? ja o nein o  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja o nein o  
Leiden Sie unter Migräne? ja o nein o  
Haben Sie grünen Star? ja o nein o  
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja o nein o  
Rauchen Sie? ja o nein o  
Sind Sie schwanger? ja o nein o  
Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

**Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?**

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja o nein o  
In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? \_\_\_\_\_  
Sonstiger Grund \_\_\_\_\_

---

Haben Sie Zahnschmerzen? ja o nein o  
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja o nein o  
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja o nein o  
Sind Ihre Zähne gelockert? ja o nein o  
Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? ja o nein o  
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja o nein o  
Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja o nein o  
Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung? ja o nein o

Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten? ja o nein o  
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja o nein o  
Möchten Sie darüber eine Beratung? ja o nein o

**Unser Service für Sie**

An Kontrolluntersuchungen werden Sie von uns erinnert

Kein Recall erwünscht o

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Aachen den,

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**