



DR. MED. DENT. AICK HILDEBRAND
ZAHNARZT

Tätigkeitsschwerpunkt Endodontie

Eisenacher Straße 39
36277 Schenkklengsfeld
Telefon 06629 80 84 461
Telefax 06629 80 84 462
info@ah-praxis.de
www.ah-praxis.de

Anmeldebogen mit Anamnese

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Adresse:

.....

Tel. Privat:

Beruf:

Arbeitgeber, Ort:

.....

Tel. Arbeitsplatz:

Krankenkasse:

Zusatzversicherung: ja nein

Bestehen gesundheitliche Risiken? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein

Leiden Sie an Bluthochdruck? ja nein

Sind Sie HIV positiv? ja nein

Haben Sie Hepatitis A, B oder 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

Haben Sie Asthma? ja nein

Leiden Sie an Rheuma? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Fand eine Röntgenuntersuchung statt? Wenn ja, wann? am:

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden? ja nein

Wie haben Sie von uns erfahren oder wer hat uns empfohlen?

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind,
wer ist Versicherter?

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name:

Adresse:

.....

Wer ist ihr Hausarzt?

Name:

Adresse:

.....

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem
eigenen Interesse. Wir behandeln Ihre Daten
selbstverständlich vertraulich.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum:

Unterschrift: