

# Anmeldung



**ZAHNARZTPRAXIS  
ENGELMANN  
UND KOLLEGEN**

Ahrainer Straße 16 · 84051 Essenbach  
Tel.: (0 87 03) 86 60 · Fax: (0 87 03) 9 06 40 04  
Internet: [www.zahnarztpraxis-engelmann.de](http://www.zahnarztpraxis-engelmann.de)

## Willkommen in unserer Praxis!

Für Ihre individuelle Behandlung benötigen wir einige Angaben von Ihnen, die wir nachfolgend erfragen. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und nach bestem Wissen. Alle Angaben auf diesem Befundbogen unterliegen ebenso wie alle Behandlungsangaben der ärztlichen Schweigepflicht. Jede Behandlung setzt einen hohen organisatorischen Aufwand voraus. Deshalb bitten wir Sie unumgängliche Terminänderungen uns mindestens 24 Stunden vorher mitzuteilen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_ Beschäftigt bei: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/dienstlich: \_\_\_\_\_ E-Mail/dienstlich: \_\_\_\_\_

Mitversichert bei: (Ehegatten oder Eltern) \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Name und Sitz der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Gesetzlich pflichtversichert       Freiwillig ges. versichert       Privat versichert       Beihilfe

Privatzusatzversichert

Standardtarif

Basistarif

Wie sind Sie  
auf unsere Praxis  
aufmerksam  
geworden?

Empfehlung

Telefonbuch

Internet

gezielte Suche

zufällig

**Bitte wenden!**

# Anamnese

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Allergische Reaktionen / Medikamentenüberempfindlichkeit

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja  nein

Atemwegserkrankungen

ja  nein

Stoffwechselerkrankungen

ja  nein

Diabetes

ja  nein

Magen-Darm-Erkrankung

ja  nein

Grüner Star (Glaukom)

ja  nein

Rheuma / Osteoporose

ja  nein

Blutgerinnungsstörungen ja  nein

Herzpass ja  nein

Herzkrankung / Herzschwäche

ja  nein

Herzschrittmacher ja  nein

Hoher Blutdruck ja  nein

Infektionskrankheiten

ja  nein

Gelbsucht (Hepatitis) ja  nein

Immundefizienz-Syndrom (AIDS) ja  nein

Tuberkulose ja  nein  Nierenerkrankungen ja  nein

Lebererkrankungen ja  nein

Depression / Erkrankung des Nervensystems ja  nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja  nein

Tumorerkrankungen (Chemo- / Strahlentherapie)

ja  nein

Haben Sie andere Erkrankungen?

ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Haben Sie einen aktuellen Medikamentenplan?

ja  nein

Wer ist Ihr Hausarzt? Name, Anschrift:

---

Stehen Sie unter Betreuung? Wenn ja, teilen Sie uns bitte Namen und Anschrift des Betreuers mit. ja  nein

---

Wann war die letzte Röntgenaufnahme im Zahn-/Mundbereich?

---

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

ja  nein

Haben Sie Interesse an Karies- und Parodontoseprophylaxe (PZR)?

ja  nein

Haben Sie Interesse an unserem kostenlosen Prophylaxe-Erinnerungsservice (Recall)?

ja  nein

Haben Sie Interesse an einer Beratung über Zahnimplantate?

ja  nein

Haben Sie Interesse an einer Zahnaufhellung? ja  nein  und an Amalgamalternativen? ja  nein

Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_ ja  nein

Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werde ich dem behandelnden Arzt unverzüglich mitteilen.

Essenbach, den \_\_\_\_\_

Unterschrift / Patient \_\_\_\_\_