

dr. med. dent. Christoph Eichenhofer
Oralchirurgie | Zahnmedizin am Lauerturm

Karlsruher Str. 7 – 76275 Ettlingen
Telefon: 07243 7299377 – Telefax: 07243 7299376
hallo@zahnaerzte-am-lauerturm.de

Anmeldebogen mit Anamnese

Wir bitten Sie im eigenen Interesse den Bogen sorgfältig auszufüllen und diesen dann bei Ihrem ersten Termin mitzubringen. Vielen Dank!

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 nein
Krankenkasse: _____
Pflichtversichert: ja nein
Zahnzusatzversichert: ja nein

Wer ist Ihr Haus-/Kinderarzt? _____
Wer ist die Hebamme? _____
Wer ist die Stillberaterin? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Spezielle Fragen

Natürliche Geburt Kaiserschnitt
Gab es Komplikationen? _____
Gab es bereits Vorbehandlungen (Osteopathie, Zungenband-OP)? _____
Gibt es Stillprobleme? ja nein
Haben Sie (Eltern) als Kind ein zu kurzes Zungenbändchen gehabt?
Haben Sie (Eltern) eine kieferorthopädische Behandlung gehabt?
Mutter Vater

Liegen bei Ihnen Grunderkrankungen oder gesundheitliche Risiken vor?

Leiden Sie an einer Allergie?

Wenn ja, welche?

- Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja nein
- Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung? ja nein
- Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein
- Haben Sie einen hohen Blutdruck?
niedrigen Blutdruck? ja
- Haben Sie Diabetes/Zuckerkrankheit? ja nein
- Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein
- Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja nein
- HIV Hepatitis B Hepatitis C

- Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja nein
- Leiden Sie unter Migräne? ja nein
- Leiden Sie an Asthma? ja nein
- Leiden Sie an Rheuma? ja nein
- Haben Sie grünen Star/erhöhten Augeninnendruck? ja nein
- Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja nein
- Nehmen oder haben Sie Bisphosphonate eingenommen? ja nein
- Wurden Sie bestrahlt im Kopf-/Kieferbereich? ja nein
- Nehmen Sie Medikamente ein? Gibt es einen Medikamentenplan? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
-

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

Kontrolluntersuchungen

Professionelle Zahnreinigung / Mundhygiene

Die Erinnerung wünsche ich

per E-Mail

per Telefonanruf

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem Interesse vollständig, Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich. Sobald sich an diesen Angaben etwas ändert teilen Sie uns dieses bitte sofort mit.

Wir bitten Sie höflich, die vereinbarten Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte spätestens 24 Stunden vorher mit, ansonsten kann Ihnen der Behandlungsausfall lt. BGB in Rechnung gestellt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Erziehungsberechtigte