



ZAHNARZTPRAXIS DR.RANFT & STÖCKL

Karlstr. 49, 76133 Karlsruhe
Telefon: 0721 46467100 | Telefax: 0721 46467101
info@zahnaerzte-karlsruhe.com

Anmeldebogen mit Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Zahnärzte Marie Stöckl und Dr. Tilo Ranft

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

E-Mail privat: _____

Telefonnummern

Privat: _____

Mobil: _____

Geschäftlich: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Ort: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sind Sie zahnzusatzversichert? Ja Nein

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? Ja Nein

Krankenkasse: _____

Pflichtversichert: Ja Nein

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden
Die Erinnerung wünsche ich per

Ja Nein

E-Mail Telefonanruf

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis, das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten daher, Termine rechtzeitig, jedoch spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Bitte wenden!

Allgemeiner Gesundheitszustand

Herz-/Kreislaufkrankung
(z.B. Herzschrittmacher,
Herzinfarkt, Herzklappenfehler/
-ersatz, Herz-OP, etc.) Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Hoher Blutdruck Ja Nein
Niedriger Blutdruck Ja Nein
Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja Nein

Leiden Sie an einer Allergie oder
gibt es Unverträglichkeiten? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Magen-/Darmerkrankung oder
Probleme mit der Verdauung? Ja Nein
Nierenerkrankung Ja Nein
Diabetes Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
Atemwegserkrankung Ja Nein

Leiden Sie an einer Infektions-
krankheit? z.B. HIV, Hepatitis,
Tuberkulose Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Neurologische Erkrankungen
(z.B. Epilepsie, Depressionen) Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein? (z.B.
Blutgerinnung, Schmerzmittel. o.a.) Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Migräne oder an
regelmäßigen Kopfschmerzen? Ja Nein
Haben Sie grünen Star/Glaukom? Ja Nein
Haben oder hatten Sie eine
Krebserkrankung? Ja Nein

Nehmen Sie
Bisphosphonate ein? Ja Nein
Rheumatische Erkrankungen Ja Nein
Osteoporose Ja Nein

Hatten Sie bereits eine OP? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen:

Sind Sie schwanger? Ja Nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Ort

Unterschrift