Dr. med. dent. Veronika Vogt-Miermann . Kapellener Straße 34 . 41516 Grevenbroich
Tel. 02182 - 10 753 . mail@dr-vogt-miermann.de

Dr. med. dent.
Veronika Vogt-Miermann
Zahnärztin

Anmeldebogen Erwachsene mit Anamnese

	Patient	**Versicherter** *(Bitte nur ausfüllen, falls nicht mit Patient identisch.)*
Name, Vorname	.....	.....
Geburtsdatum	.....	.....
Anschrift	.....	.....
PLZ, Ort	.....	.....
Telefon *(priv./mob.)*	.....	.....
E-Mail	.....	.....

Versicherung ☐ gesetzlich versichert ☐ freiwillig versichert ☐ Zusatzversicherung ☐ Kostenerstattung
☐ privat versichert ☐ Vollversicherung ☐ beihilfeberechtigt ☐ Basistarif

.....
Hausarzt *(Name, Anschrift, Telefon)*

.....
Sind Sie bei einem **Facharzt in Behandlung**? *(Name, Anschrift, Telefon)*

1. Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen vor, an:

Herz	☐ ja	☐ nein
Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Blutgerinnung	☐ ja	☐ nein
Lunge *(Asthma u. a.)*	☐ ja	☐ nein
Niere	☐ ja	☐ nein
Leber *(Gelbsucht u. a.)*	☐ ja	☐ nein

2. Leiden Sie an:

Allergien	☐ ja	☐ nein
Diabetes mellitus *(Zucker)*	☐ ja	☐ nein
Rheumatischen Erkrankungen	☐ ja	☐ nein
Infektionskrankheiten *(Tbc, HIV, Hepatitis)*	☐ ja	☐ nein
Medikamentenunverträglichkeit	☐ ja	☐ nein
Knochenerkrankungen	☐ ja	☐ nein

3. Spritzenreaktionen:

Werden sie ohnmächtig? ☐ ja ☐ nein
Wird Ihnen schlecht? ☐ ja ☐ nein

4. Besteht eine Schwangerschaft?

☐ Ja ..... Monat ☐ weiß nicht ☐ nein

5. Nehmen Sie Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja welche? .....
.....

Nehmen Sie Medikamente gegen Knochenerkrankungen ein? (z. B. Bisphosphonate?) ☐ ja ☐ nein

6. Wann war die letzte Röntgenaufnahme?

Datum: ..... ☐ weiß nicht

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ☐ ja ☐ nein

7. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

☐ Internet ☐ Empfehlung ☐ Sonstiges .....

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!
Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.
Sie dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Möchten Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden, die nicht zum Leistungskatalog der Krankenkasse zählen? ☐ ja ☐ nein

Ort, Datum ..... Unterschrift .....