

Zahnarztpraxis Michael Schwagrowski
Tätigkeitsschwerpunkte:
Parodontologie, Implantologie, Kinderzahnheilkunde und Endodontie

Mölleneystraße 28 - 45289 Essen
 Telefon: 0201-5718282 - Telefax: 0201-5718284
 E-Mail: schwagrowski@aol.com Internet: www.schwagrowski.de

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Adresse: _____ _____ Tel. Privat: _____ Beruf: _____ Arbeitgeber, Ort: _____ _____ Tel. Arbeitsplatz: _____ Krankenkasse: _____ pflichtversichert: ja / nein	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter? Name: _____ Vorname: _____ _____ Geburtsdatum: _____ Wer soll die Rechnung erhalten? Name: _____ Adresse: _____ _____ Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein
--	--

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe/Medikamente? ja / nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja / nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? Hoher/niedriger Blutdruck? ja / nein

Sind Sie HIV positiv? ja / nein

Haben Sie Hepatitis B? ja / nein

Haben Sie Hepatitis 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

Leiden Sie unter Migräne? ja / nein

Haben Sie grünen Star? ja / nein

Haben Sie Asthma? ja / nein

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche ja / nein

Wurden Sie jemals mit Strahlen behandelt (Tumorbehandlung)? ja / nein

Sind Ihnen Körperteile (Herzklappe etc.) künstlich ersetzt worden? ja / nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja / nein Haben Sie Geräusche oder Schmerzen

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja / nein im Kiefergelenk? ja / nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja / nein Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"? ja / nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja / nein Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja / nein

Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? ja / nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja / nein

Möchten Sie darüber eine Beratung? ja / nein

Ich bin damit einverstanden im Rahmen des Recall (Erinnerungsservice) angeschrieben zu werden.

Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

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

Essen, den _____