



## Anmeldebogen mit Anamnese

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.datum, Geb.ort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Mitglied / Zahlungspflichtiger

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

### Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja / nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja / nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja / nein

Sind Sie HIV positiv? ja / nein

Haben Sie Hepatitis A / B / C ? ja / nein

Haben Sie Lebererkrankungen? ja / nein

Haben Sie Diabetes? ja / nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein

## Zahnarztpraxis Dr. Andreas Tauber

Clemensstraße 8  
80803 München

Tel.: 089/ 337773 / Fax.: 089/ 339500  
Email: [praxis@dr-tauber.com](mailto:praxis@dr-tauber.com)



Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja / nein  
Leiden Sie unter Migräne? ja / nein  
Wie ist Ihr Blutdruck? niedrig / normal / hoch  
Rauchen Sie? ja / nein

#### **Bestehen weitere gesundheitlichen Risiken?**

Haben Sie Asthma? ja / nein  
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? ja / nein  
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ? Wenn ja, welche?

---

#### **Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?**

Haben Sie Zahnschmerzen? ja / nein  
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja / nein  
Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm interessiert? ja / nein  
Sind in Ihrer Familie Parodontitiserkrankungen vorgekommen? ja / nein  
Wann war Ihre letzte Rö-Untersuchung ? Was wurde untersucht?

---

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja / nein

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

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.

## Zahnarztpraxis Dr. Andreas Tauber

Clemensstraße 8  
80803 München

Tel.: 089/ 337773 / Fax.: 089/ 339500  
Email: [praxis@dr-tauber.com](mailto:praxis@dr-tauber.com)



München, Datum

---

## Zahnarztpraxis Dr. Andreas Tauber

Clemensstraße 8  
80803 München

Tel.: 089/ 337773 / Fax.: 089/ 339500  
Email: [praxis@dr-tauber.com](mailto:praxis@dr-tauber.com)