



Anmelde- und Anamnesebogen

Bevor wir uns um Sie und Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern, benötigen wir neben Ihren persönlichen Angaben, auch noch einige Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Sie adäquat und risikoarm behandeln können.

Name, Vorname geb. Beruf / Arbeitgeber

Name, Vorname
Abweichender Versicherte(r) geb. Beruf / Arbeitgeber

Straße, Hausnr. Postleitzahl, Wohnort

Telefon / Mobil E-Mail

Hausarzt Krankenkasse

Zutreffendes bitte ankreuzen!

			Erläuterungen
Haben Sie eine Zusatzversicherung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Sind Sie Schwanger? Welche Woche/Monat	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Bluterkrankungen? Welche?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Kreislauf- oder Durchblutungsstörungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Zu hohen Blutdruck? Zu niedrigen Blutdruck?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Diabetes, Zuckerkrankheit?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Atemwegs-, Lungenkrankheit?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Krampfanfälle (Epilepsie)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____



DR. TÖRÖK · DR. THUMM

mehr als Zahnheilkunde

Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Lebererkrankung (Hepatitis A,B oder C)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Tuberkulose?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Immunschwäche (HIV positiv)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Allergien / Überempfindlichkeiten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Herzkrankheiten (Endokarditis, Herzschwäche)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Rauchen Sie? Wieviel täglich?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Sonstige Krankheiten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Nehmen Sie Medikamente? Welche?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Sind Sie mit ihrer aktuellen Zahnstellung zufrieden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Sind Sie mit ihrer aktuellen Zahnfarbe zufrieden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam ?	_____		

Gerne erinnern wir Sie an Ihren jährlichen Vorsorgetermin per SMS per Brief

Bitte beachten Sie, dass wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem führen. Das bedeutet für Sie, dass wir für Sie einen Termin reservieren, bei dem wir uns ganz auf Sie konzentrieren können.

Sollten Sie einen vereinbarten Termin mal nicht einhalten können, so bitten wir Sie diesen bis spätestens 1 Tag vorher abzusagen, da wir Ihnen sonst gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen müssen.

Wir weisen Sie auf die DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) hin – siehe Aushang an der Anmeldung!

× _____
Datum

× _____
Unterschrift des Patienten und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

Zahnarztpraxis
DRES. MELINDA TÖRÖK & MAXIMILIAN THUMM
(Univ. Szeged)
Allersberger Str. 17-19 · 90461 Nürnberg · TEL 0911 4395765 · FAX 0911 4395768
MAIL info@zahnarzt-toeroek-thumm.de · WEB www.zahnarzt-toeroek-thumm.de