



DR. BLUM
KIEFERORTHOPÄDE

Herzlich Willkommen in unserer Praxis und vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
damit wir Sie besser kennenlernen, benötigen wir neben
Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesund-
heitszustand. Bitte füllen Sie den Anmelde-Fragebogen
sorgfältig aus. Selbstverständlich unterliegen diese Daten
der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich
behandelt. Vielen Dank.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim
Ausfüllen der unten stehenden Daten, helfen wir
Ihnen gerne weiter.

Ihr Praxis-Team Dr. Blum

ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon privat: _____ Tel. geschäftlich: _____

Mobil: _____ Beruf: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung

gesetzlich bei: _____ pflichtversichert freiwillig versichert

privat bei: _____ Basis-/ Standardtarif? beihilfeberechtigt

familienversichert bei: _____ Name, Geburtsdatum des Hauptversicherten: _____

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Zahnarzt Familie/Freunde/Bekannte Internet Branchenbuch Praxis-Website Sonstiges

Fragen zur Röntgenuntersuchung

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt? Nein Ja Wenn ja, welches Körperteil? _____

Bitte wenden!



ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Zahnärztliche Anamnese

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo? _____

Sind Sie aktuell in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo? _____

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten? Nein

Ja Wann? _____ Wo? _____

Medizinische Anamnese

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Erkältungskrankheiten Diabetes Epilepsie Herzkrankheiten Hepatitis Blutkrankheiten Infektionskrankheiten

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen: _____

Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente?

Nein Ja Welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Welche? _____

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja Wann? _____

Knirschen Sie mit den Zähnen? Nein Ja Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Nein Ja

Schnarchen Sie? Nein Ja Haben Sie Beschwerden beim Kauen? Nein Ja

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.



Praxis in Leverkusen
Friedrich-Ebert-Str. 17
51373 Leverkusen
Tel: 0214 – 41927
Fax: 0214 – 45628

Praxis in Refrath
Siebenmorgen 45
51427 Bergisch Gladbach
Tel: 02204 – 482870
Fax: 02204 – 482967

E-Mail: info@praxisdrblum.de
www.praxisdrblum.de