

**Praxis für Zahnheilkunde  
Dr. med. Jens Schwenke**

-Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie und Parodontologie -  
Neumarkter Straße 2 - 90602 Pyrbaum  
Telefon: 09180/2200  
dr.schwenke.pyrbaum@t-online.de

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu können!

**Anmeldebogen mit Anamnese**

21. Februar 2019

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
(Nur wenn Kontakt über Arbeit gewünscht!)

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-  
mitglied sind, wer ist Versicherter?  
Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?  
Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
pflichtversichert: ja / nein

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen  
Dienstes? ja / nein  
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja / nein

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse.  
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

Bestehen gesundheitliche Risiken? KREUZEN SIE ZUTREFFENDES MIT JA AN!

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

Haben Sie einen Allergiepass?	ja
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	ja
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung?	ja
Sind Sie HIV positiv?	ja
Haben Sie Hepatitis B?	ja
Haben Sie Hepatitis C?	ja
Haben Sie Diabetes?	ja
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja
Leiden Sie unter Migräne?	ja
Haben Sie grünen Star?	ja
Haben Sie Asthma?	ja
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche ja
Welche Medikamente nehmen Sie ein?	

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja	im Kiefergelenk?	ja
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja	Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"?	ja
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja	Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	ja
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?			ja
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?			ja
Möchten Sie darüber eine Beratung?			ja
Haben Sie schon mit beherrdeten Zähnen zu tun gehabt?			ja
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?			ja

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen Daten an die zahnärztliche Verrechnungsstelle Deutschland e.V., Wittelsbacherstr. 15, 86641 Rain am Lech, zum Zwecke der Einziehung der zahn- und ärztlichen Honorarforderungen. Ich bin mir bewusst, dass ich dieses Einverständnis freiwillig erteilt habe und jederzeit widerrufen kann.  
**Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.**

**Pyrbaum, den** \_\_\_\_\_