



ZAHNARZTPRAXIS

F. M. KASHANI

Fragebogen für die Erstanmeldung (Anamnesebogen)

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Sie werden Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt und dienen dazu, Ihre Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht unseres gesamten zahnärztlichen Teams. Vielen Dank!

Ihre Kontaktdaten

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ /Ort _____

Telefon _____

Handy _____

Telefon Arbeit _____

Versicherung _____

Unterschrift _____

Hauptversicherter bei Kindern

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Unterschrift _____

Haben Sie...

eine Herzkrankheit? nein ja Wenn ja, welche? _____

Allergien? nein ja Wenn ja, welche? _____

eine Zuckerkrankheit/Diabetes? nein ja

Gelbsucht? nein ja

Aids? nein ja

andere Erkrankungen? nein ja Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? nein ja Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja