



# ZAHNARZTPRAXIS Joanna K. Vorhauser

Pfingstweidstrasse 3 in 60316 Frankfurt  
Telefon: 069 - 43 97 02

## ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

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

### ANGABEN ZUR PERSON

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Vorname	_____	Geburtsort	_____
Adresse	_____	Telefon privat	_____
	_____	Telefon Arbeit	_____
	_____	Beruf	_____

### VERSICHERUNGSSTATUS

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Gesetzliche Versicherung

Private Krankenversicherung

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?  ja |  nein

Wer hat uns empfohlen?-----

### ÜBER IHRE PERSON

Bestehen gesundheitliche Risiken?  ja |  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

>>> Bitte füllen Sie ebenfalls die zweite Seite aus.



**ZAHNARZTPRAXIS**  
Joanna K. Vorhauser

Haben Sie einen Allergiepass?  
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 B?  ja |  nein

Haben Sie Hepatitis C?  ja |  nein

Haben Sie Diabetes?  ja |  nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?  ja |  nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder  
Nierenerkrankung?  ja |  nein

Leiden Sie unter Migräne?  ja |  nein

Haben Sie grünen Star?  ja |  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  
Wenn ja, welche:  ja |  nein

---

Haben Sie Asthma?  ja |  nein

Sind Sie schwanger?  ja |  nein

Wenn ja, in welcher Woche?  ja |  nein

---

**WESWEGEN BEGEBEN SIE SICH IN BEHANDLUNG?**

Haben Sie Zahnschmerzen?  ja |  nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?  ja |  nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  ja |  nein

Sind Ihre Zähne gelockert?  ja |  nein

Haben Sie Knacken oder Geräusche  
im Kiefergelenk?  ja |  nein

Möchten Sie an Ihre Termine  
im Recall erinnert werden  ja |  nein

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

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Frankfurt, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_