

# Zahnarztpraxis Rodheim

**Dr. Marianne Skroch**

Hauptstrasse 44 - 61191 Rosbach - Tel: 06007/7450 - Fax: 06007/8420

---

## Anmeldung mit Anamnese

### Patient:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_ geschäftlich: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

### Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_

**Versicherung:**                     gesetzliche Versicherung                     private Versicherung

**Erkrankungen:**     Herzschrittmacher                     künstliche Herzklappe                     sonstige Herzerkrankung  
 Bluthochdruck                     Ohnmachtsneigung                     Diabetes  
 Infektionskrankheiten (AIDS, Tbc, Hepatitis...) \_\_\_\_\_

sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

sonstige Allergien: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente ein:**     nein  
    ja, folgende:     Blutgerinnungshemmer                     Bisphosphonate  
   sonstige: \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:**  Sind Sie frisch operiert, wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger, wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie, wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Ja, es existieren Zahn-/Kiefer-Röntgenbilder jüngerer Datums.  
Wenn ja, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

### Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihre Adresse mit!

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Versicherter / gesetzlicher Vertreter