



DR. LEOPOLD DIRSCH  
Zahnarzt

# Anamnese Fragebogen

Bitte vor der Behandlung bei unserem Empfang abgeben.  
Sollten Sie Fragen haben 0841-74007

Patient Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Mitglied Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Anschrift Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_  
Kontakt E-Mail \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

---

## Krankenversicherung

gesetzlich versichert     freiwillig     privat versichert  
 Zusatzversicherung

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Anschrift Arbeitgeber \_\_\_\_\_

---

## Angaben für eine möglichst komplikationslosen Behandlung

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herzens) \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV+, Aids, usw.) \_\_\_\_\_

Innere Krankheiten (Diabetis mellitus usw.) \_\_\_\_\_

Überempfindlichkeit (Allergie) gegen \_\_\_\_\_ Medikamente \_\_\_\_\_

Materialien \_\_\_\_\_ Andere Erkrankungen \_\_\_\_\_

Schwangerschaft  ja  nein wenn ja - welcher Monat \_\_\_\_\_

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?  ja  nein

Sonstige \_\_\_\_\_

Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung?  ja  nein

Röntgennachweisheft vorhanden  ja  nein

Empfohlen / überwiesen durch \_\_\_\_\_

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift