

# Anmeldung

Willkommen in unserer Praxis!



Für Ihre individuelle Behandlung benötigen wir einige Angaben von Ihnen, die wir nachfolgend erfragen. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und nach bestem Wissen. Alle Angaben auf diesem Befundbogen unterliegen ebenso wie alle Behandlungsangaben der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

## Patient

.....  
Vorname, Name

.....  
Straße, Nr.

.....  
PLZ, Ort

.....      .....

.....  
Geburtsdatum      Beruf

.....  
Telefon

.....  
Handy

.....  
E-Mail

.....  
Krankenkasse

.....  
 Gesetzlich       Zusatzversicherung  
 Privat

## Versicherter (falls abweichend)

.....  
Vorname, Name

.....  
Straße, Nr.

.....  
PLZ, Ort

.....  
Geburtsdatum

## Hausarzt

.....  
Name

.....  
Anschrift

.....  
Telefon (falls vorhanden)

## Haben Sie Interesse an einer der folgenden Leistungen?

- Professionelle Zahnreinigung
- Bleaching
- Andere, und zwar:

.....

## Gibt es etwas, daß Sie an Ihren Zähnen stört?

.....

## Was ist Ihnen besonders wichtig? Was erwarten Sie von uns?

.....

.....

## Möchten Sie kostenfrei an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

- Ja, per E-Mail       Ja, per Brief
- Ja, per SMS

## Möchten Sie kostenfrei an vereinbarte Termine erinnert werden?

- Ja, per SMS

.....  
Datum, Unterschrift

*Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wir bitten um Ihr Verständnis, sollte es einmal zu Verzögerungen kommen. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen möglichst frühzeitig abzusagen.*

# Anamnese

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen!

## Herz / Kreislauf

Kreislaufbeschwerden  Ja  Nein  
Hoher Blutdruck  Ja  Nein  
Niedriger Blutdruck  Ja  Nein  
Angina pectoris / Brustenge  Ja  Nein  
Herzinfarkt  Ja  Nein  
Herzrhythmusstörungen  Ja  Nein  
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)  Ja  Nein  
Herzschrittmacher  Ja  Nein

## Gefäße

Schlaganfall  Ja  Nein  
Durchblutungsstörungen  Ja  Nein  
Arteriosklerose/Gefäßverkalkung  Ja  Nein

## Blut

Bluterkrankungen  Ja  Nein  
Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein

## Leber

Lebererkrankung  Ja  Nein  
Hepatitis A / B / C  Ja  Nein

## Nieren

Nierenerkrankung  Ja  Nein  
Dialysepflichtigkeit  Ja  Nein

## Magen / Darm

Magen- / Darmerkrankung  Ja  Nein  
Sodbrennen / Refluxkrankheit  Ja  Nein

## Stoffwechsel

Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein

## Allergie

Allergiepass  Ja  Nein  
Metalle, z.B. Nickel  Ja  Nein  
Latex, z.B. Gummihandschuhe  Ja  Nein  
Medikamente  Ja  Nein

## Skelettsystem

Rückenbeschwerden  Ja  Nein  
Bandscheibenbeschwerden  Ja  Nein  
Osteoporose  Ja  Nein  
Rheuma  Ja  Nein

## Atemwege / Lunge

Asthma  Ja  Nein  
chronische Bronchitis  Ja  Nein

## Nerven / Gemüt

Krampfanfälle (Epilepsie)  Ja  Nein  
Depressionen  Ja  Nein  
Angstzustände  Ja  Nein

## Kopf

Grüner Star  Ja  Nein  
Migräne  Ja  Nein  
Kopfschmerzen  Ja  Nein  
Nackenschmerzen  Ja  Nein  
Kiefergelenkbeschwerden  Ja  Nein  
Knirschen  Ja  Nein  
Würgereiz  Ja  Nein

## Immunschwäche

HIV / AIDS  Ja  Nein

## Tumorerkrankungen

Chemo- / Strahlentherapie  Ja  Nein  
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?  Ja  Nein

## Andere Erkrankungen oder Behinderungen?

Wenn ja, welche?  Ja  Nein

.....

## Nur Frauen: Sind Sie schwanger?

Ja  Nein

## Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

Ja  Nein

Dauerhaft oder in den letzten Tagen z.B. Aspirin, ASS, Marcumar, Ticlopidin oder Chlopidogrel. Wenn ja, welche?

.....

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?  Ja  Nein

.....

.....

.....

*Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen einige Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluß von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.*

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem Informationsstand gemacht habe.

.....

Datum, Unterschrift