



ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!*

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

Herr/Frau/Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Anschrift

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

E-Mail *

Mobiltelefon, Telefon (Privat)

Beruf, Arbeitgeber, Telefon (tagsüber)

Mitglied, Anschrift

(falls nicht selbst versichert)

Versicherungsart

gesetzlich Zusatzversichert

Privat Beihilfe

Versicherung

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Leiden Sie unter Zahnschmerzen?

Ja Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Ja Nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?

Ja Nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

Ja Nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

Ja Nein

Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Ja Nein

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?

Ja Nein

Sind Sie an einer Hypnosebehandlung interessiert?

Ja Nein

Haben Sie Kiefergelenkschmerzen?

Ja Nein

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

* Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kommunikation über dieses Medium wünschen, selbstverständlich erfolgt die Kommunikation hier verschlüsselt von unserer Seite

Bitte wenden

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz unterliegen und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Ihr Hausarzt:

Name _____ Anschrift _____ Telefon _____

HATTEN/HABEN SIE EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?

Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Infektionskrankheiten (wenn ja welche)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit, Diabetis HbA1C-Wert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	HIV, AIDS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	TBC	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schilddrüsenerkrankungen _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Künstl. Herzklappe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Demenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Endokarditis/Myokarditis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tumor/Karzinom/Krebs _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wird/wurde bei Ihnen eine Bestrahlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Grüner Star	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nehmen/nahmen Sie Bisphosphonate? (Alendronat, Clodronat, Etidronat, Ibandronat, Pamidronat, Risedronat, Tiludronat und Zoledronat)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutverdünnende Medikamente (ASS, Aspirin, Markumar, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Lixiana)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was? Seit wann? _____		
Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was? Seit wann? _____		
Wurden Organe transplantiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche? _____		
Bestehen Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Haben Sie einen Allergie-Pass?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Pflegegrad?					
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wie viel am Tag? _____		
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche Woche? _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Sonstige Angaben / andere Krankheiten / Suchtleiden (Alkohol/Drogen)

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann. Bei einer Betäubung des Unterkiefers, kann es zu einer irreversiblen Taubheit kommen!

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen und umseitigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Hinweis zur Organisation:

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte sagen Sie Termine rechtzeitig (24 Stunden vorher) ab.