

Anmeldebogen mit Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns begrüßen zu dürfen. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/in _____
Name Vorname Geburtsdatum

Mitglied _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Straße/Nr. Postleitzahl/ Ort

Telefon privat Telefon mobil

E-Mail

Krankenkasse gesetzlich versichert privat versichert
 Zusatzversichert Beihilfe Basistarif

Beruf _____
Telefon geschäftlich

Empfohlen von _____ **Hausarzt** _____
Name, Anschrift, Telefon

Allergien oder Unverträglichkeiten?

Allergien, wenn ja welche: _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja / Nein

Treten/ traten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf Ja / Nein

Material- bzw. Medikamentenunverträglichkeit, wenn ja welche: _____

Herz- und Kreislauferkrankungen

zu hoher Blutdruck Ja / Nein zu niedriger Blutdruck Ja / Nein

Angina pectoris Ja / Nein Herzinfarkt Ja / Nein

Herzinsuffizienz Ja / Nein Herzschrittmacher Ja / Nein

Herzklappenersatz Ja / Nein Durchblutungsstörung Ja / Nein

Ohnmachtsanfälle Ja / Nein Schlaganfall Ja / Nein

Sonstiges _____

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Leberentzündung			
Gelbsucht (Hepatitis)	Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>	Tuberkulose	Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>
HIV / AIDS	Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>	Asthma	Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen, Blutverdünnung	Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>	Epilepsie	Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>
Parkinson	Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>	Diabetes	Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>	Augeninnendruck erhöht	Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>
Krebserkrankung	Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>	Bestrahlung Ja <input type="radio"/>	Chemo Ja <input type="radio"/>
Gelenkprothese oder andere Implantate		Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>	
Nahmen/ nehmen Sie Bisphosphonate z. B. gegen Osteoporose			Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>

Sonstiges _____

Weitere Angaben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche? _____

Rauchen Sie? Ja / Nein

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Zahnbereich angefertigt Ja / Nein

Für Frauen: besteht eine Schwangerschaft? Ja / Nein Wenn ja, welche Woche? ____Woche.

Haben Sie Schmerzen/ Knacken im Kiefergelenkbereich? Ja / Nein

Neigen Sie zu Verspannungen im Nacken-/ Schulterbereich? Ja / Nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? Ja / Nein

Sind Sie der Meinung, über die Pflege Ihrer Zähne/ Ihres Zahnersatzes ausreichend informiert zu sein?
Weiß nicht Ja / Nein

Benutzen Sie neben der Zahnbürste noch andere Hilfsmittel zur Zahnpflege? Ja / Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Zahnfleischbluten? Ja / Nein

Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert? Ja / Nein

Möchten Sie von uns an die halbjährliche Kontrolluntersuchung bzw. professionelle Zahnreinigung erinnert werden? Brief E-Mail

Wichtige Hinweise

Medikamente jeder Art (z.B. Schmerzmittel, Injektionen) können die Fahrtauglichkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen – bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihrer Terminvereinbarung.

Vereinbarte Termine sind spätestens 24 Stunden vorher abzusagen – andernfalls kann eine Säumnisgebühr in Rechnung gestellt werden.

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns etwaige Änderungen obiger Angaben mit!
Ihr Praxisteam Dr. Maya Kober & Dr. Claudia Stecher**

Datum _____

Unterschrift _____