

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.

Ich bin Neupatient: Ja Nein
Auf wessen Empfehlung kommen Sie? / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

PATIENTENDATEN:

Titel, Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____ E-Mail: _____

Postleitzahl, Ort: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (mobil): _____ Telefon (Arbeitsplatz): _____

Beruf, Arbeitgeber: _____

Hausarzt, Ort: _____

Versicherung: _____

Mitglied (falls nicht selbst versichert): Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum/-ort: _____

Privat versichert: Ja
Gesetzlich versichert: Freiwillig Pflichtversichert

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, seit wann? _____ Ja Nein
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT:

Leiden Sie unter Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie sich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe Zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
			Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT:

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Stent	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma, Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Grüner Star	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nieren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Engwinkelglaukom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tumorerkrankungen/ Chemotherapie / Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herz / Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Erkrankungen / Verletzungen / Operationen im Hals-, Nasen-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzfehler	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<u>INFEKTIONSKRANKHEITEN</u>		
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Endokarditis Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Creutzfeldt-Jakob/Varianten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Klappenersatz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Diagnostizierte Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche / welcher Monat? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMENN SIE?

Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	Blutverdünnende Medikamente	<input type="checkbox"/>
Cortison	<input type="checkbox"/>	z. B. Marcumar oder ASS	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	Keine	<input type="checkbox"/>

UNSER SERVICE FÜR SIE?

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie an die notwendigen Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie Zahnreinigungen zu erinnern. Wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

per SMS per E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.