

## Anmeldeformular mit Anamnese

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/PLZ/Ort:

Festnetz:

Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Krankenkasse/private Krankenversicherung:

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Hauptversicherte?

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/PLZ/Ort:

Liegt ein Pflegegrad vor?

ja  Stufe \_\_\_\_\_ Nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name:

Ort:

Wer soll im Notfall informiert werden?

Name/Vorname:

Telefonnummer:

Möchten Sie kostenlos an Ihren Termin erinnert werden? Jederzeit widerrufbar!

Ja  nein  Mobilnummer:

Warum kommen Sie zu uns? Wünschen Sie eine/n...

Routinekontrolle

neuen Zahnersatz

Beratung

„zweite Meinung“

Schmerzbehandlung

andere Gründe:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

---

---

**Bitte Rückseite beachten!!!**

## Anmeldeformular mit Anamnese

### ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

#### Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

O Endokartitis                      O Angina Pectoris

O einen Herzschrittmacher    O einen Herzinfarkt

**Blutdruck**                      hoch O              niedrig O

#### Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des...

Herzens oder Kreislaufs        ja O              nein O

Leber                                ja O              nein O

Nieren                                ja O              nein O

Schilddrüse                        ja O              nein O

Magen-Darm-Traktes            ja O              nein O

Gelenke (Rheuma)                ja O              nein O

Wirbelsäule                        ja O              nein O

#### Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung?

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

#### Medikamente: Nehmen Sie ...

O Herzmedikamente              O Schmerzmittel

O Cortison                         O Antidepressiva

O Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar

O Bisphosphonate                O andere Medikamente:

\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Drogen?**            O ja              O nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?                      ja O                      nein O

Rauchen Sie?    ja O                      nein O

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt und wo? \_\_\_\_\_

**Für unsere Patientinnen**        Sind Sie schwanger?            ja O                      nein O                      vielleicht O

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann. Wir bitten Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt/Zahnärztin Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Für den Fall, dass Sie zu einem Termin nicht erscheinen können, bitten wir Sie uns rechtzeitig (idealerweise 48 Std. zuvor) abzusagen. **Ausfallzeiten dürfen und können nach § 615 BGB und § 287 ZPO berechnet werden.**

Ebenso erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen meiner zahnärztlichen Behandlung Röntgenaufnahmen an andere Ärzte, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, digital und verschlüsselt übermittelt werden dürfen.

### Haben oder hatten Sie...

Diabetes                              ja O              nein O

Ohrensausen / Tinnitus            ja O              nein O

Epilepsie                              ja O              nein O

Grüner/grauer Star                ja O              nein O

Tuberkulose                         ja O              nein O

HIV (Aids) - Erkrankung         ja O              nein O

Hepatitis                              ja O              nein O

Wenn ja, welcher Typ? \_\_\_\_\_

Osteoporose                         ja O              nein O

Asthma                                 ja O              nein O

Organ transplantiert                ja O              nein O

Allergien: \_\_\_\_\_

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

### ZAHNMEDIZINISCHER ZUSTAND

**Haben Sie akute Schmerzen?**    Ja O              nein O

Wenn ja, wie äußern sich diese?

O Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch

O Dauerschmerz

O Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen

O Zähne schmerzen auch ohne Belastung

O Zähne reagieren auf süß/sauer

O Manche Zähne sind temperaturanfällig