



ANMELDEBOGEN

Patient

Name		Vorname	Geburtsdatum
------	--	---------	--------------

Versicherte(r)

Name	Vorname	Krankenkasse	Geburtsdatum
------	---------	--------------	--------------

Versicherung

<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> privatversichert: <input type="checkbox"/> Beihilfe berechtigt <input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> freiwillig pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Zahnzusatzver- sicherung
--	---	--	--

Anschrift

Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort
--------------------	--	-------------------

Telefon/E-Mail

Mobil/Festnetz	E-Mail
----------------	--------

Beruf/Hausarzt

Beruf	Hausarzt (mit Anschrift)
-------	--------------------------

Pflegegrad/Betreuer

Pflegegrad	Name und Anschrift des Betreuers
------------	----------------------------------

ANAMNESE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie mit ja antworten: bitte ggf. ergänzende Angaben
Allergie/ allergische Reaktion/ Unverträglichkeit von Medikamenten (z.B. Antibiotika), Lokalanästhetika (Spritzen) bzw. Materialien (z.B. Latex, Kunststoffe, Metalllegierungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankung (z.B. Asthma, Atemnot, chronische Atemwegserkrankung etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluterkrankung (z.B. Bluter, Blutarmut)/Blutungsneigung/Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente (z.B. Aspirin, ASS, Marcumar, Xarelto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:
Blutdruck	niedrig <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/> ggf. Werte:
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glaukom (erhöhter Augendruck, „Grüner Star“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Erkrankung: z.B. Herzschwäche (Herzinsuffizienz), Herzrhythmusstörung Herz(klappen)fehler/-ersatz, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Endokarditis, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, haben Sie einen Herzpass? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie Endokarditisprophylaxepflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arteriosklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: <input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion
Erkrankungen des Immunsystems; Cortisoneinnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	
Infektionskrankheiten: HIV, AIDS, Tuberkulose (Tbc), Gelbsucht, Hepatitis (A,B,C), Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wurde eine Bisphosphonat therapie durchgeführt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung/ Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wurde eine Bestrahlung oder eine Chemotherapie durchgeführt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wurde in diesem Zusammenhang eine Bisphosphonat therapie durchgeführt (z.B. ZOMETA, AREDIA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankung (z.B. Sodbrennen, Reflux Krankheit, Geschwür etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes; welcher Typ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ihr aktueller „Zuckerwert“:
Rheuma (Knochen bzw. Gelenkprobleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parodontitis /Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel:
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie oft:
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie oft an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts-/Nackenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frühere Operationen/ Krankenhausaufenthalte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann? Welcher Art?
Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, weshalb?
Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein (z.B. Schmerzmittel, Psychopharmaka etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Woche?

Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Existieren Zahn-/Kiefer- Röntgenbilder jüngerer Datums (nicht älter als 1Jahr)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde bei Ihnen bereits eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, möchten Sie über die Möglichkeiten einer zahnschonenden Aufhellung Ihrer Zähne beraten werden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst vor der Behandlung/ Sind Sie Angstpatient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich möchte regelmäßig an meinen Vorsorgetermin (telefonisch/ Brief / E-Mail) erinnert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte unterstreichen!
Wie/ durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?			
Ich wünsche Informationen/ Beratung über:	<input type="checkbox"/> spezielle zahnmedizinische Aspekte. Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> ganzheitliche Zusammenhänge/Wechselwirkung zwischen Zähnen und Körper		

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Ansonsten können die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstauglichkeit auch nach einem Eingriff unter Lokalanästhesie (örtlicher Betäubung) eingeschränkt sein kann. Benutzen Sie deshalb öffentliche Verkehrsmittel oder lassen Sie sich nach Hause bringen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks Abklärung oder Information mit meiner/m Hausärztin/-arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen ausgetauscht werden dürfen.Mit meiner Unterschrift bestätige ich, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu habenund stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Diese Einwilligung kann jederzeit durch formlose Mitteilung widerrufen werden.

Ort:	Datum:	Unterschrift:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

	<input type="checkbox"/> Keine Änderungen	<input type="checkbox"/> Änderungen
	<input type="checkbox"/> Keine Änderungen	<input type="checkbox"/> Änderungen
	<input type="checkbox"/> Keine Änderungen	<input type="checkbox"/> Änderungen
	<input type="checkbox"/> Keine Änderungen	<input type="checkbox"/> Änderungen

