

Anmelde- und Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig, denn nur wenn wir umfassend über
Ihren Gesundheitszustand informiert sind, ist eine sachgerechte, möglichst risikoarme
zahnärztliche Behandlung möglich.

Wenn Sie Fragen hierzu haben oder Hilfestellung benötigen, wenden Sie sich gerne an uns!
Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht!

Vielen Dank, Ihr Praxisteam

Persönliche Daten

Patient:

Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter:

Name Vorname Geburtsdatum

Adresse:

Straße, Hausnummer PLZ Wohnort

Telefon:

Privat geschäftlich Mobil

Beruf:

Berufsbezeichnung Arbeitgeber Krankenkasse

Rechnungsadresse:

Name Vorname

Straße, Hausnummer PLZ Wohnort

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pflichtversichert | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> Privatpatient | <input type="checkbox"/> mit Standardtarif | <input type="checkbox"/> mit Basistarif (Zutreffendes bitte ankreuzen) |

Anamnese/Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

Herzerkrankungen

- Herzfehler
- Herzoperation
- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Schlaganfall
- Benötigen Sie eine Endokarditis-Prophylaxe?

Kreislaufkrankungen

- niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall

Erkrankungen des blutbildenden Systems

- Blutarmut
- Bluter
- verlängerte Blutungszeit?

Infektionskrankheiten

- HIV/Aids
- Hepatitis
- Tuberkulose
- Krankenhauskeime (MRSA)
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit/Varianten

Atemwegs-/Lungenerkrankungen

- Asthma
- Bronchitis

Zentrales Nervensystem

- Anfallsleiden

Bewegungsapparat

- Rheuma
- rheumatoide Arthritis
- Gicht

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

Augenerkrankungen

- Grauer Star
- Grüner Star

Magen-Darm-Trakt

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

- Blasen-/Nierenerkrankungen

Andere bisher nicht aufgeführte Erkrankungen: Welche?

schwanger? Monat: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____

Sind Allergien bekannt?

Worauf? _____

Haben Sie einen Allergiepass?

Rauchen Sie?

Nehmen Sie Drogen?

Sind oder waren Sie alkoholkrank?

Letzte Röntgenaufnahme (im Kopfbereich)?

Monat: _____ Jahr: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Falls Sie auf Empfehlung gekommen sind, durch wen?

Unser Service für Sie:

Wünschen Sie, dass wir Sie in unser **Recallsystem** aufnehmen und an Ihre Kontrolluntersuchungen erinnern? Ja Nein

Wenn ja, telefonisch schriftlich per Email

Ihre Emailadresse lautet: _____

Angaben zu Ihrer Zahngesundheit

Leiden Sie unter Zahnschmerzen?

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

Blutet Ihr Zahnfleisch?

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Pressen oder Knirschen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden?

Leiden Sie unter Zahnlockerungen?

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?

Haben Sie sich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert?

Hinweis zur Organisation:

Unsere Praxis arbeitet mit einem Bestellsystem, die Zeit für vereinbarte Termine wird exklusiv für Sie reserviert. Vermeiden Sie daher bitte kurzfristige Terminabsagen und -verschiebungen.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns für nicht wahrgenommene Termine, die nicht zuvor abgesagt wurden, entsprechend BGB § 611 und 615 vorbehalten, diese in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

**Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der Zahnarztpraxis Dr. Klaus Reineck und Kollegen**