

Anmeldebogen mit Anamnese

Informationen über den Patienten, die wir erstellen, empfangen oder pflegen stehen unter dem Schutz der Privatsphäre. Die Antworten sind nur für unsere Unterlagen bestimmt und werden vorbehaltlich der geltenden Gesetze vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass einige Fragen zu persönlichen Daten auf diesen Fragebogen gestellt werden und dass es weitere Fragen zur Gesundheit gibt. Diese Informationen sind wichtig, damit wir Sie (den Patienten) angemessen betreuen können. Vielen Dank!

Persönliche Angaben (Patient)

Bitte vervollständigen Sie **alle** Angaben.

Nachname:		Beruf: *	
Vorname / Titel:		Arbeitgeber: *	
Straße / Nr.:		Kontaktmöglichkeiten:	
PLZ / Ort:		Telefon - Festnetz:	Privat:
Geburtsdatum:			Geschäftlich:
Geburtsort: **		Mobil:	
Krankenkasse:		E-Mail Adressen für evtl. Terminkoordinationen:	
Hausarzt:		E-Mail 1:	
		E-Mail 2:	

** Pflicht wg. der Röntgenverordnung (§28 RöV)
* freiwillige Angabe

Angaben zum Versicherungsverhältnis:

(Bitte vervollständigen Sie die Angaben nur, wenn diese zutreffen.)

<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Basistarif (Privat versicherte)
<input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> andere Angaben: <input type="text"/>

weitere Angaben (Versicherter)

(Bitte Angaben nur vervollständigen, wenn Sie (/der Patient) bei einer anderen Person mitversichert sind (/ist), z.B. beim Ehepartner/Vater)

Stellung zum Patienten:

<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Ehegattin/-gatte	<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> oder:	<input type="text"/>
---------------------------------	---	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------

Nachname:		Beruf: *	
Vorname / Titel:		Arbeitgeber: *	
Straße / Nr.:		Kontaktmöglichkeiten: (falls abweichend zum Patient)	
PLZ / Ort:		Telefon - Festnetz:	Privat:
Geburtsdatum:			Geschäftlich:
		Mobil:	
		E-Mail:	

* freiwillige Angabe

Erinnerungsservice für den halbjährlichen Zahnarztbesuch:

-freiwillig- (Auf Wunsch erinnern wir Sie per E-Mail wenn es wieder Zeit ist für den halbjährlichen Zahnarztbesuch.)

NEIN, ich möchte keine Erinnerung

JA, erinnern Sie mich bitte an folgende E-Mail Adresse:

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

-freiwillig- (Bitte zutreffendes ankreuzen und ggf. Angaben vervollständigen.)

Internet Auftritt (Homepage)

Internet Empfehlungsportal:

Internet Suchdienste

Empfehlung durch:

Branchen-/Telefonverzeichnisse

Sonstiges:

Ihr Anliegen, warum Sie sich in zahnärztliche Behandlung begeben:

-freiwillig- (Bitte zutreffendes ankreuzen und ggf. Angaben vervollständigen.)

Vorsorgeuntersuchung

Professionelle Zahnreinigung

Bleaching

Zahnschmerzen

Zahnfleischbluten

Mundgeruch

Zahnlockerung

Fehlende Zähne / Zahnlücken

Implantate

Zähneknirschen

Kiefergelenksprobleme

Probleme mit Zahnersatz

Neuer Zahnersatz

Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne

Sonstige Anliegen:

Behandlungswünsche:

-freiwillig- (Bitte zutreffendes ankreuzen und ggf. Angaben vervollständigen.)

Lokale Betäubung

Analgosedierung (Halbschlaf)

Lachgas-Sedierung

Vollnarkose

Sonstiges:

Angaben zum Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenem Interesse.

Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Materialien?

NEIN

JA

Wenn JA, bitte zutreffendes ankreuzen und ggf. Angaben ergänzen.

Lokalanästhesie (Spritzen)

Metalle:

Latex

Schmerzmittel:

Antibiotika:

Sonstige Allergien/Unverträglichkeiten:

Haben Sie Herz-/ Kreislaufkrankungen?

NEIN

JA

Wenn JA, bitte zutreffendes ankreuzen und ggf. Angaben ergänzen.

Bluthochdruck

Herzschrittmacher

Herzoperationen

Herzklappenfehler

Herzinfarkt

Schlaganfall, wenn JA welches Jahr?

Herzklappenersatz

Endokarditis

Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen:

Ergänzende Angaben:

Haben Sie infektiöse Erkrankungen?

NEIN

JA

Wenn JA, bitte zutreffendes ankreuzen und ggf. Angaben ergänzen.

Hepatitis A

Hepatitis B

Hepatitis C

AIDS / HIV

Tuberkulose

Ergänzende Angaben:

Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung?

NEIN

JA wenn JA, an welcher und wann?

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

NEIN

JA

Wenn JA, bitte zutreffendes ankreuzen und ggf. Angaben ergänzen.

Blutaerinnungsstörungen

Schilddrüsenerkrankung

Ohnmachtsanfälle

Asthma / Lungenerkrankung

Osteoporose

Migräne

Nierenerkrankung

Diabetes

Ergänzende Angaben:

Magen-/Darmerkrankung

Anfallsleiden / Epilepsie

Sonstige Erkrankungen:

Rauchen Sie ?

NEIN

JA

JA, E-Zigarette

Sind bei Ihnen in den letzten 3 Monaten zahnärztlichen Röntgenaufnahmen in einer anderen Praxis gemacht worden?

NEIN

JA

Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit Medikamente ein?

NEIN

JA

Wenn JA, bitte geben Sie die Medikamente an und wofür/wogegen Sie die einnehmen:

1. Medikament: Einnahme seit:
Anwendung für:
2. Medikament: Einnahme seit:
Anwendung für:
3. Medikament: Einnahme seit:
Anwendung für:
4. Medikament: Einnahme seit:
Anwendung für:
5. Medikament: Einnahme seit:
Anwendung für:
6. Medikament: Einnahme seit:
Anwendung für:

Ergänzende Angaben:



Für Frauen

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

NEIN

JA

Bitte geben Sie die Woche an:

Stillen Sie zurzeit?

NEIN

JA

Änderungen, Terminvereinbarung und Bestätigung mit Unterschrift

Sollten sich die persönlichen Daten oder die Anamnese ändern, so *werde ich/wird der Patient* dies umgehend bei der nächsten Möglichkeit der Praxis mitteilen.

Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für *Sie/den Patienten* freigehalten.

Sie werden/Der Patient wird daher gebeten, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Bei Nicht erscheinen kann eine Ausfallgebühr der Behandlungskosten geltend gemacht werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit *meiner Angaben/der Angaben des Patienten* und stimme der Speicherung der persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum:

Unterschrift: Patient / Erziehungsberechtigte/r (bei Kindern)