

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:	<input type="text"/>	Beruf: *	<input type="text"/>
Vorname / Titel:	<input type="text"/>	Arbeitgeber: *	<input type="text"/>
Straße / Nr.:	<input type="text"/>	Kontaktmöglichkeiten:	
PLZ / Ort:	<input type="text"/>	Telefon - Festnetz:	Privat: <input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		Geschäftlich: <input type="text"/>
Geburtsort: **	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Krankenkasse:	<input type="text"/>	E-Mail Adressen für evtl. Terminkoordinationen:	
Hausarzt:	<input type="text"/>	E-Mail 1:	<input type="text"/>
		E-Mail 2:	<input type="text"/>

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

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:

Eltern Ehegattin/-gatte Betreuer oder:

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

* freiwillige Angabe

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

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

<input type="checkbox"/> Internet Auftritt (Homepage)	<input type="checkbox"/> Internet Empfehlungsportal: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Internet Suchdienste	<input type="checkbox"/> Empfehlung durch: <input type="text"/>

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

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

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 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?

Haben Sie Herz-/ Kreislauferkrankungen?

Herzklappenersatz

Endokarditis

Sonstige Herz-/Kreislauferkrankungen:

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.

Blutgerinnungsstörungen

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?

(z.B. Bisphosphonate, Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf, blutgerinnungshemmende Mittel wie Heparin, Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Psychopharmaka, Antidiabetika oder frei käufliche Präparate)

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:

weitere Medikamente bitte auf der nächsten Seite angeben.

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)