



Liebe Patientin, lieber Patient!

Eine so sorgfältige zahnärztliche Behandlung, wie Sie es sich wünschen, setzt voraus, dass wir Sie und Ihren persönliche Gesundheitszustand gut kennen. Deswegen bitten wir Sie in Ihrem Interesse, diesen Fragebogen so detailliert wie möglich auszufüllen. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden unsere Praxis selbstverständlich nicht verlassen.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und die Zeit, die Sie sich nehmen.

Personalien

Patient Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Versicherter Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift Straße _____ PLZ/ Ort _____

Tel. dienstl. _____ Tel. priv. _____ Mobil _____

Arbeitgeber _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ☐ ja ☐ nein

Zusatzversicherung ☐ ja ☐ nein

Pflegegrad ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche Stufe _____

privat versichert ☐ ja ☐ nein

beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein

Basistarif ☐ ja ☐ nein

Bitte ausfüllen oder ankreuzen:

Wünschen Sie von uns informiert zu werden, was an neuen oder besseren Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Kassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? ☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie insbesondere über unser Prophylaxeprogramm informiert zu werden? ☐ ja ☐ nein

Anamnese

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ☐ ja ☐ nein

Hausarzt _____

Weshalb wurden oder werden Sie behandelt? _____

Dauerhaft einzunehmende Medikamente: _____

Herzkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) ☐ ja ☐ nein

unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ☐ ja ☐ nein

Herzasthma, Angina pectoris ☐ ja ☐ nein

Herzschrittmacher ☐ ja ☐ nein

Klappenersatz ☐ ja ☐ nein

Op ☐ ja ☐ nein

wenn ja, wann _____

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle ☐ ja ☐ nein

Aufwallungen ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Beruhigungsmittel? ☐ ja ☐ nein

Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck ☐ ja ☐ nein

Zu niedriger Blutdruck ☐ ja ☐ nein

Endokarditis ☐ ja ☐ nein

angeborener Herzfehler ☐ ja ☐ nein

Herztransplantation ☐ ja ☐ nein

Zustand nach Herzinfarkt ☐ ja ☐ nein

Einnahme gerinnungshemmender Medikamente ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche _____

Allergien

Ekzeme ☐ ja ☐ nein

Penicillin-Überempfindlichkeit ☐ ja ☐ nein

Asthma ☐ ja ☐ nein

Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ ja ☐ nein

Sonstige _____

**Stoffwechselerkrankungen**

Zuckerkrankheit (Diabetes)
Magen-Darm-Erkrankung
Schilddrüsenerkrankung

☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein

Sonstige _____

Infektionskrankheiten

Hepatitis A, B oder C
Tuberkulose
chronische Erkrankung der Atemwege
Aids / HIV
Sonstige _____

☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein

Weitere Angaben

Radiatio?
wenn ja, wann _____
Sind oder waren Sie drogenabhängig?
Rauchen Sie?
Über 10 Zigaretten täglich?
Sind Sie frisch operiert?
Sind Sie schwanger?
wenn ja, im wievielten Monat? _____
Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kieferbereich geröntgt?

☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle
Krämpfe
Zerebraler Insult / Schlaganfall

☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein

Bluterkrankungen

Blutarmut (Anämie)
Blutungsneigung (Hämophilie)
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente

☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Ästhetik

Ist Ihnen Ästhetik wichtig?
☐ sehr wichtig
☐ wichtig
☐ nicht so wichtig
☐ überhaupt nicht wichtig

Gefällt Ihnen Ihr Lachen / Ihre Zähne?

☐ ja ☐ nein

Terminorganisation

Diese Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, um längere Wartezeiten zu vermeiden. Trotzdem kann es durch Notfälle bzw. Schmerzpatienten zu Wartezeiten kommen. Selbstverständlich versuchen wir Sie in solchen Fällen zu informieren. Sollten Sie zu einem Termin verhindert sein, bitten wir Sie um eine frühzeitige Absage.

Teilnahme am Straßenverkehr

Spritzen zur lokalen Schmerzausschaltung sowie Schmerz- und Beruhigungstabletten können die Reaktionsfähigkeit und damit die Sicherheit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Sie sollten deshalb auf eine Teilnahme am Straßenverkehr für mindestens 3 Stunden verzichten.

Erklärung

Ich habe diesen Anmeldebogen gelesen und verstanden. Zu meiner weiteren Information hatte ich Gelegenheit Fragen zu stellen. Ich verpnichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, dem behandelnden Arzt mitzuteilen.

Wichtiger Hinweis zu Ihren vereinbarten Terminen

Wir nehmen uns Zeit für Sie und Ihre Gesundheit. Damit wir fair planen können und auch anderen Patienten kurzfristig Termine anbieten können, bitten wir Sie, vereinbarte Termine im Verhinderungsfall mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir bei nicht rechtzeitiger Absage oder unentschuldigtem Fehlen ein Ausfallhonorar gemäß § 615 BGB geltend machen müssen, da die reservierte Zeit nicht anderweitig vergeben werden kann.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____