

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Geburtsort: _____
 Adresse: _____
 E-Mail Adresse: _____
 Tel. Privat: _____
 Mobil: _____
 Arbeitgeber: _____
 Beruf: _____
 Tel. Arbeitsplatz: _____
 Krankenkasse: _____
 pflichtversichert: ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
 Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?
 Name: _____
 Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Sorgen unterhalten, benötigen wir einige persönliche Angaben, um Ihnen eine problemlose und risikofreie Behandlung zu ermöglichen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns jederzeit fragen. Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Herz/Kreislauf:

- hoher/niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelklappenentzündung
- Herzschrittmacher
- Künstliche Herzklappe
- Herzrhythmusstörungen

Oder _____

Gefäße:

- Schlaganfall
- Thrombosen

Oder _____

Magen/Darm:

- Verdauungsstörungen
- Refluxkrankheit
- Geschwür

Oder _____

Atemwege/Lunge:

- Chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- Lungenemphysem
- Schnarchen

Oder _____

Augen:

- Grüner Star/Grauer Star

Blut:

- Gerinnungsstörungen
- Nachbluten nach Operationen
- häufiges Nasenbluten

Oder _____

Leber:

- Fettleber
- Leberzirrhose
- Hepatitis: A B C/ Gelbsucht

Oder _____

Nieren:

- Nierenentzündung
- Dialysepflicht

Oder _____

Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Angstzustände
- Depressionen

Oder _____

Allergien, z.B.:

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
- Antibiotika (Penicillin)
- Schmerzmittel, Jod, Latex

Oder _____ **BITTE WENDEN**

Rauchen Sie?

Wie viel durchschnittlich pro Tag?

- Starke Einschränkung der Sehkraft
 Blindheit

Oder _____

Skelettsystem/ Knochen:

- Osteoporose
 Künstliche Gelenke
 Gelenkerkrankung
 Muskelerkrankung

Oder _____

Stoffwechsel:

- Diabetes mellitus: Typ1 Typ2
 Schilddrüsenerkrankung

Oder _____

Regelmäßige Medikamente:

- Blutdruckmedikamente
 Gerinnungshemmende Medikamente
 Herzmedikamente
 Schmerzmittel
 Rheumamittel

- Psychopharmaka
 Antidiabetika

Andere _____

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie z. Zt. mit Bisphosphonaten behandelt?
Wegen welcher Erkrankung?

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
 AIDS, HIV
 Bestrahlungen, Chemotherapie
 Zustand nach Organtransplantation

Oder _____

Andere Erkrankungen:

- Tumorerkrankungen
(z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs)

Oder _____

Weitere Angaben:

Sind Sie schwanger?
Schwangerschaftswoche:

Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?
Vor wie vielen Monaten/ Jahren?

**Ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche
Behandlungsmaßnahmen, z.B. bei**

- Spritzen
 Medikamenten

Oder _____

Auffälligkeiten im Mund- und Zahnbereich:

- Zahnverluste durch Zahnlockerung
 Zahnverluste durch Karies
 temperaturempfindliche Zähne
 Zahnfleischbluten
 Zahnfleischbeschwerden
 Stellungsveränderung der Zähne
Oder _____

- Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung
 "Parodontose" - Behandlung durchgeführt

Wann _____

Mein Hausarzt ist (Name, Adresse):

Außerdem bin ich derzeit beim Facharzt für

in Behandlung.

Die obigen Angaben entsprechen meinem
Kenntnisstand.

Datum _____

Unterschrift _____

Teilen Sie uns bitte unverzüglich mit, falls sich Ihr
Gesundheitszustand verändert hat.

Vielen Dank!