

## Anmeldebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Im Interesse Ihrer Behandlung und aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert und unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Strasse/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Strasse/Hausnummer) gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort) gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Wer ist der Zahlungspflichtige ?

\_\_\_\_\_  
(Festnetznummer)

\_\_\_\_\_  
(Email-Adresse)

\_\_\_\_\_  
(Mobilfunknummer)

\_\_\_\_\_  
Beruf

### Krankenversicherung

- Gesetzlich versichert (GKV)
- freiwillig versichert
- Zahnzusatzversicherung vorhanden

- Privat versichert (PKV) ohne Beihilfe
- Privat versichert (PKV) mit Beihilfe
- Privat versichert (PKV) nur Basistarif

**Wurden Sie in einen Pflegegrad eingestuft?**  beantragt

nein  Pflegegrad .....

### Kontakt:

- Ich bin auf Empfehlung gekommen, und zwar über: .....
- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....

### Ihr Anliegen:

- Beschwerden / Zahnschmerzen  Zweite Zahnarztmeinung
- Allgemeine Routineuntersuchung

### Ihre speziellen Wünsche an uns:

- Karies- und Parodontoseprophylaxe  Zahnersatz
- Amalgamentfernung /-sanierung  zahnfarbene Füllungen
- Kiefergelenksbehandlung  Bleaching / Zahnaufhellung
- Implantate  Veneers / Zahnformkorrektur
- Haben Sie einen besonderen Wunsch an uns?  moderne Wurzelbehandlung mit OP-Mikroskop

.....

### Vorhandene Unterlagen:

- Bonusheft  Behandlungsplan / Heil- und Kostenvoranschlag
- Röntgenbilder
- Sonstiges .....

Termine, die ich aus zwingenden Gründen nicht einhalten kann, werde ich spätestens 2 Werktage vorher absagen, da mir sonst die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können. Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte grundsätzlich bei jedem Besuch. Liegt sie uns 10 Tage nach Behandlung noch nicht vor, wird die Behandlung privat berechnet.

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?  JA /  NEIN

## Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte/r Herr/Frau .....

für eine an Ihrem Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### Fragen zu bestehenden oder gehabten Erkrankungen (zutreffendes bitte ankreuzen)

Sind Sie z. Zt. In ärztlicher Behandlung? ( )

Name des Hausarztes: .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ( ) Haben Sie einen Medikamentenplan? ( )

Welche?: .....

Leiden oder litten Sie an:

Kreislaufbeschwerden ( )	Herzerkrankungen ( )	Diabetes ( )
Lebererkrankungen ( )	Schlaganfall ( )	Nierenerkrankungen ( )
Darmerkrankungen ( )	Hepatitis (A,B oder C) ( )	HIV ( )
Magenerkrankungen ( )	TBC ( )	Rheuma ( )
Schilddrüsenerkrankung ( )	Asthma ( )	Epilepsie ( )
Migräne ( )	grüner Star ( )	MRSA ( )
Latexallergie ( )	Schwangerschaft ( )	

Blutungsneigungen oder Blutgerinnungsstörungen ( )

Tragen Sie einen Herzschrittmacher ( )

Allergien ( ) Welche?: .....

Haben Sie einen Allergiepass ( )

Treten oder traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? ( )

Welche: .....

Haben Sie hohen Blutdruck? ( )

Haben Sie niedrigen Blutdruck? ( )

Nehmen Sie dagegen regelmäßig Medikamente ein? ( )

Wenn ja, welche?: .....

### Bei welchem Facharzt sind Sie regelmäßig in Behandlung?

<input type="checkbox"/> Internist	<input type="checkbox"/> Kardiologe	<input type="checkbox"/> Physiotherapeut
<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren	<input type="checkbox"/> Orthopäde	<input type="checkbox"/> ...

**Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektionen und Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4-6 Stunden nach der Behandlung, beeinträchtigt sein kann.**

### Angabe zu Veränderungen meines allgemeinen Gesundheitszustandes

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass mein/e Zahnarzt/Zahnärztin verpflichtet ist, in regelmäßigen Abständen allgemeine Fragen zu meiner Gesundheit zu hinterfragen. Für den Fall, dass sich zwischenzeitlich etwas an meinem Gesundheitszustand ändert, informiere ich meine/n Zahnärztin/Zahnarzt hierüber vor der nächsten Behandlung.

Ort / Datum: ..... Unterschrift: .....