

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Nur dadurch ist eine komplikationslose Behandlung möglich. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt. Der Anamnesebogen dient dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Bei Fragen zur Beantwortung helfen wir Ihnen gerne weiter.

Persönliche Daten

Patient

Name Vorname Geburtsdatum

Mitglied

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Straße Postleitzahl Ort

Telefon/E-Mail

Privat Mobil Dienstlich E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse

Empfohlen/überwiesen

Erinnerungsservice

Möchten Sie regelmäßig an Ihren nächsten möglichen Kontrolltermin oder Prophylaxetermin erinnert werden?

Wenn ja, wie wünschen Sie erinnert zu werden, per: Post Telefon E-Mail

Anamnese/Erhebungsbogen über Erkrankungen

Bitte teilen Sie uns den Namen und die Telefonnummer Ihres Hausarztes mit:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, ASS, Plavix, etc.) ein? Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? — ja — nein

Besteht der Verdacht einer Allergie oder Unverträglichkeit gegenüber Metallen, Kunststoffen, Medikamenten etc.?

Haben Sie einen Herzpass? — ja — nein

Leiden Sie an einer Herz- Kreislauferkrankung?

Liegt eine Stoffwechselerkrankung vor (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)?

Liegt eine Infektionskrankheit vor? (z.B. Hepatitis A, B, C, Tuberkulose, HIV, Aids)?

Sonstige Erkrankungen?

Sind Sie schwanger? Wenn ja, welcher Monat?

Sind Sie Raucher? — ja — nein

Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt?

bitte wenden...

**Die Beantwortung der folgenden Fragen ist freiwillig,
sie ermöglichen uns jedoch eine noch gezieltere Behandlung.**

Haben Sie schon einmal eine Parodontalbehandlung gehabt? ja nein

wenn ja, wann?

Haben Sie häufig Zahnfleischbluten? ja nein

Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Zähne lockerer geworden sind? ja nein

Haben Sie Zahnwanderungen oder Änderungen in der Zahnstellung beobachtet? ja nein

Benutzen Sie – außer der Zahnbürste – weitere Hilfsmittel bei der Mundhygiene? ja nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie oft an Kopfschmerzen/Verspannungen im Gesichts- /Nackengebiet? ja nein

Gibt es zahnmedizinische Aspekte, über die Sie gerne nähere Informationen hätten? ja nein

Wenn ja, welche?

Schnarchen Sie? ja nein

Leiden Sie unter Atemaussetzern während des Schlafs (Schlafapnoe)? ja nein

Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit? ja nein

Die mit Ihnen vereinbarten Termine werden für Sie freigehalten. Sie werden daher gebeten diese Termine **einzuhalten** oder **24 Stunden vorher abzusagen**. Wir weisen darauf hin, dass nicht eingehaltene Termine in Rechnung gestellt werden können (Ausfallgebühr).

WICHTIGER HINWEIS: Durch Injektionen („Spritzen“) kann die normale Reaktionsfähigkeit herabgesetzt werden. Um Fehlverhalten im Straßenverkehr zu vermeiden, dürfen Sie unmittelbar nach einer Behandlung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

.....
Datum/Unterschrift

Erklärung des Patienten einer privaten Krankenkasse: Gemäß § 10 GOZ wird das Zahnarzthonorar mit Erteilung der Rechnung fällig. Ich verpflichte mich, die anfallende Liquidation (inklusive der Materialauslagen) – unabhängig vom Leistungsanspruch bei meiner Krankenkasse und möglicher Beihilfeansprüche – in voller Höhe zu erstatten.

.....
Datum/Unterschrift