



## ANMELDUNG

**Herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind heute das erste Mal in unserer Praxis. Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, benötigen wir die Beantwortung folgender Fragen.

Ihre Angaben unterliegen auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht (§203 STGB), sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: **Name** **Vorname** **Geburtsdatum**

**Straße, Hausnummer** **PLZ, Ort** **Telefon/Telefax**

Versicherter: **Name** **Vorname** **Geburtsdatum**

**Straße, Hausnummer** **PLZ, Ort** **Telefon/Telefax**

Krankenkasse\*)/Krankenversicherung

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja ☐ Nein ☐

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja ☐ Nein ☐

\*) Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Krankenversichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird.

**Beruf (Angabe freiwillig)** **Arbeitgeber** **Telefon/Telefax**

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da die entstandenen Kosten bei längeren Terminen gemäß §615 BGB in Rechnung gestellt werden.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans? ☐

Wünschen Sie nur eine Behandlung der z.Z. vorhandenen Beschwerden? ☐

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Ja ☐ Nein ☐ Durch wen wurden Sie empfohlen?

Wünschen Sie eine schriftliche Erinnerung im Halbjahresrhythmus (sogenannter Recall)? Wir bieten Ihnen diesen Service gerne kostenfrei an:  
Ja, ich wünsche einen halbjährlichen Recall ☐  
Nein, ich denke selbst daran ☐

**Wünschen Sie eine besondere Beratung über:**

- ☐ Karies- und Parodontoseprophylaxe
- ☐ Zahnfarbene Füllungen
- ☐ Gold-/Glaskeramikfüllungen
- ☐ Amalgamentfernung
- ☐ Parodontosebehandlung
- ☐ Implantate
- ☐ Kiefergelenksbehandlung

Sonstiges

Datum, Unterschrift

**Bitte wenden**



## ANAMNESE

Für Ihr **Krankenblatt** benötigen wir die folgenden Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich wie alle persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuchs? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ☐ (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Leiden Sie unter Mundgeruch? ☐

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen? ☐

**Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

Heuschnupfen? ☐

Asthma, Atemnot ☐

Herz-Kreislauf-Erkrankungen ☐

Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankungen ☐

Zuckerkrankheit Diabetes ☐

Immunmangel-Syndrom (AIDS) ☐

Rheuma ☐

Tuberkulose ☐

Nierenerkrankung ☐

Glaukom (erhöhter Augendruck) ☐

Hoher oder niedriger Blutdruck ☐

Blutgerinnungsstörungen ☐

Nehmen Sie Marcumar ein? ☐

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐

Haben Sie eine Allergie? ☐ Welche? \_\_\_\_\_

Bestehen andere Erkrankungen? ☐ Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ☐ Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen od. haben Sie Bisphosphonate eingenommen? ☐

Ist bei Ihnen eine Endokarditisprophylaxe notwendig?

(Antibiotikum vor zahnärztl. Eingriff) ☐

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft ☐ In welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

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

**Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.**