



ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in unserer fachzahnärztlichen und fachärztlichen Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und möglichst risikoarme Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Straße/Hausnr.	_____
PLZ	_____	Wohnort	_____
Tel. privat	_____	Tel. geschäftl.	_____
Tel. mobil	_____	E-Mail	_____
Beruf	_____	Arbeitgeber	_____
Hausarzt	_____		

Krankenkasse _____

gesetzlich versichert privat versichert privat zusatzversichert privat versicherter Basistarif

Ihr Hauptanliegen für den heutigen Besuch _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Hatten oder haben Sie

Herz-/Kreislaufkrankungen

<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Schrittmacher	<input type="checkbox"/> Biologischer Klappenersatz	<input type="checkbox"/> Mechanischer Klappenersatz
<input type="checkbox"/> Herzfehler	<input type="checkbox"/> Endokarditis	<input type="checkbox"/> hohen Blutdruck
<input type="checkbox"/> niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/> Stent	
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		

Infektionskrankheiten

<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A,B,C)	<input type="checkbox"/> TBC (Tuberkulose)
<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK)	<input type="checkbox"/> Varianten von CJK	<input type="checkbox"/> MRE (Krankenhauskeime)
<input type="checkbox"/> Sonstige _____		

Leiden Sie an den folgenden anderen Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Engwinkelglaukom
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen (auch in der Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Immunsuppression	
<input type="checkbox"/> Sonstige _____		

Bluterkrankungen/Gerinnungsstörungen

ja nein

Welche? _____

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

ja nein

Typ? _____

Allergien/Überempfindlichkeiten (Heuschnupfen, Asthma, bestimmte Medikamente (Penicillin), Latex, sonstige)

ja nein

Welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass?

ja nein

Rauchen Sie?

ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Welche Woche/Welches Trimenon? _____

Haben Sie einen Gelenkersatz?

ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Bisphosphonate, Marcumar®, ASS®, etc.)?

ja nein

Welche? _____

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-/Halsbereich geröntgt? _____

Leiden Sie unter Rücken-/Knieschmerzen? _____

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT/GESICHTSÄSTHETIK

Haben Sie Zahnschmerzen?

ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?

ja nein

Haben Sie Verspannungen im Gesichts-/Nackenbereich?

ja nein

Haben Sie häufig Kopfschmerzen?

ja nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

ja nein

Haben Sie in der Vergangenheit die 2x jährliche Zahnreinigung durchführen lassen?

ja nein

Haben Sie Interesse an ästhetischen Leistungen wie Botox und Fillern?

ja nein

Haben Sie besondere Wünsche oder Fragen?

Bemerkungen

UNSER SERVICE FÜR SIE

Zum Wohle unserer Patienten bieten wir einen engmaschigen Recallservice nach individueller Empfehlung an.

Wünschen Sie die Aufnahme in unser Informationsprogramm? Wenn ja, auf welchem Wege?

per Post per SMS per Anruf per E-Mail kein Interesse

Dürfen wir Ihnen Informationsmaterial zu unserer Praxis sowie Aktionen zukommen lassen?

Wenn ja, auf welchem Wege?

per Post per E-Mail kein Interesse

Vielen Dank für Ihre Zeit und dafür, dass Sie alle Fragen sorgfältig beantwortet haben!

Ort/Datum

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer umseitigen und obigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten zu.