

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

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

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

Herr/Frau/Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail

Versicherung

Mitglied

(falls nicht selbst versichert)

Beruf

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Leiden Sie unter Zahnschmerzen?

Ja Nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?

Ja Nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

Ja Nein

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?

Ja Nein

Haben Sie sich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert?

Ja Nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

Ja Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Ja Nein

Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Ja Nein

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1.1. HATTEN/HABEN SIE EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| TBC | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| HIV Infektion | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | Creutzfeld-Jakob/Varianten | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | Tumor/Karzinom/Krebs | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Krankenhauskeim MRSA | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | | | | | |

Ihr Hausarzt: _____
Name _____ Anschrift _____ Telefon _____

1.2.

- Bestehen Allergien? Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie einen Allergie-Pass? Ja Nein

1.3.

- Herzinfarkt Ja Nein
- Nehmen Sie Marcumar? Ja Nein
- Schlaganfall Ja Nein
- Lähmungen Ja Nein

1.4.

- Blutdruck niedrig
 normal
 hoch

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein
3. Wird/wurde bei Ihnen eine Bestrahlung durchgeführt? Ja Nein
4. Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
5. Rauchen Sie? Ja Nein
6. Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
7. Liegt eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? Ja Nein

Unfalldatum _____ Art der Verletzung _____

8. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

9. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

10. Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? _____
Datum / Körperteil _____

11. Haben Sie ein Bonusheft? Ja Nein Sind Sie an einer prof. Zahnreinigung interessiert? Ja Nein

12. Dürfen wir Sie in unseren Recall-Service aufnehmen? Ja Nein

13. Wünschen Sie eine Terminerinnerung? Ja Nein

Datum, Unterschrift (Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r)

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

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.