

# Anmelde- und Anamnesebogen

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

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen den 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.**

## PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname		Titel
Straße, Hausnummer		Geburtsdatum
Postleitzahl, Ort		E-Mail
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	Telefon (geschäftlich)
Beruf, Arbeitgeber		
Hausarzt, Ort		

Privat versichert:  Basistarif  Standardtarif  
Gesetzlich versichert:  Freiwillig  Pflicht

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?  Ja  Nein  
Besteht eine Zahnzusatzversicherung?  Ja  Nein **Wenn ja, seit wann?** \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet  
 Empfehlung durch: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

	Ja	Nein
Leiden Sie unter Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Haben Sie Allergien? (Bitte Allergiepass vorlegen)  Ja  Nein **Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_  
Sind ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen oder Medikamente bekannt?  Ja  Nein **Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_  
Neigen Sie zu Ohnmacht?  Ja  Nein

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

	Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OPs im Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma, Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Herzkrankheiten</b>	Ja	Nein
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis/-prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Infektionskrankheiten</b>	Ja	Nein
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creutzfeldt-Jakob/Varianten CJK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Arzneimittel nehmen Sie ein?

Blutdruckmedikamente: \_\_\_\_\_  
 Herzmedikamente: \_\_\_\_\_  
 Schmerzmittel: \_\_\_\_\_  
 Kortison: \_\_\_\_\_  
 Antidepressiva: \_\_\_\_\_  
 Keine

Bisphosphonate: \_\_\_\_\_  
 Schilddrüsenmedikamente: \_\_\_\_\_  
 Blutverdünnende Medikamente  
 (z.B. ASS®, Marcumar®): \_\_\_\_\_  
 Sonstige Arzneimittel: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein  
 Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Woche/welcher Monat? \_\_\_\_\_  
 Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

### ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Wir haben für unsere Patienten ein individuelles Recallprogramm eingerichtet.

Wünschen Sie eine regelmäßige Information zu anstehenden Vorsorge- und Prophylaxeterminen?  Ja  Nein

Wenn ja, auf welchem Wege?  Per Post  Per E-Mail

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis bzw. Informationen zu Aktionen übersenden?  Ja  Nein

Wenn ja, auf welchem Wege?  Per Post  Per E-Mail

Wünschen Sie eine Terminerinnerung?  Ja  Nein

Wenn ja, auf welchem Wege?  Per Anruf  Per E-Mail  Per SMS

Da unsere Praxis mit einem Bestellsystem arbeitet, wird die Zeit für vereinbarte Termine für Sie reserviert. Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, unbedingt 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls müssen wir Ihnen einen Pauschalsatz von 50 Euro berechnen.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich verzichte ausdrücklich darauf, vor jeder weiteren Spritze oder Operation erneut auf die Möglichkeit der Nerverletzung hingewiesen zu werden. Mir ist bekannt, dass bei jeder Operation Risiken bestehen. So kann es u.a. zu Schmerz, Schwellung, Nachblutung, Infektion, Bluterguss, Schädigung der Nachbarzähne, einer (Teil-) Fraktur im Kiefer oder Änderungen im Zahnfleischverlauf kommen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben mit bestem Wissen und Gewissen gemacht und das mir vorliegende Merkblatt gelesen sowie verstanden habe. Meinerseits bestehen keine weiteren Fragen an den Arzt.