



Anmeldebogen mit Anamnese

Patient

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefon

Mobil

E-Mail

Haben Sie einen Pflegegrad?

Ja

Nein

Wenn ja, welchen? _____

Krankenversicherung

Krankenkasse

Zusatzversicherung

Wenn Sie nicht selbst Mitglied sind, über wen sind Sie familienversichert?

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

An wen soll die Rechnungsstellung erfolgen?

Mitglied

Patient

Hausarzt

Name

Telefon

Facharzt

Name

Telefon

Wir möchten Sie außerdem bitten, die folgenden Fragen zu beantworten:

Welche der folgenden Behandlungen entspricht am ehesten Ihren Vorstellungen?

- Eine umfassende Behandlung, die nach den neuesten, gesicherten, medizinischen Erkenntnissen, mit der Wahl verschiedener Versorgungsformen und unter Berücksichtigung von Prophylaxe erfolgt.
- Eine ausreichende Behandlung, die zweckmäßig, notwendig, ohne größere Eigeninitiative oder Kosten erfolgt.

Zur Vorbeugung von Zahnbetterkrankungen und Karies legen wir in unserer Praxis sehr großen Wert auf Prophylaxe und Professionelle Zahnreinigung. An welchen der folgenden Behandlungen haben Sie Interesse?

- Professionelle Zahnreinigung (PZR)
- Zahnaufhellung (Bleaching)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung | <input type="checkbox"/> Internetsuche | <input type="checkbox"/> Bewertungsportal |
| <input type="checkbox"/> Werbung | <input type="checkbox"/> Branchenbuch | <input type="checkbox"/> Praxisschild |

Bitte beachten Sie den folgenden Hinweis:

Wir bemühen uns, die Wartezeiten in unserer Praxis für Sie so kurz wie möglich zu halten. Deshalb arbeiten wir mit einem Bestellsystem, so dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine feste Termine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage oder sind Sie unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert, so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen einen Betrag von 120,- € pro ausgefallener Behandlungsstunde, das dem durchschnittlichen Kostenfaktor für eine Behandlungsstunde in unserer Praxis entspricht, als pauschalierten Schadenersatz in Rechnung stellen. Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand und alle von Ihnen eingenommenen Medikamente informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Die Angaben sind natürlich freiwillig. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen das Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Mit Ihren Angaben gehen wir vertraulich um. Sie unterliegen sowohl der ärztlichen Schweigepflicht als auch dem Datenschutz und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Herz / Kreislauf

- Herzfehler
 - Angina pectoris
 - Herzinfarkt, Wann? _____
 - Herzmuskelentzündung
 - Herzklappenentzündung
 - Künstliche Herzklappe
 - Herzschrittmacher
 - Stent, Bypass, Wann? _____
 - Hoher Blutdruck
 - Niedriger Blutdruck
 - Herzrhythmusstörungen
 - Herzschwäche
 - Ohnmachtsanfälle, Kollaps
- oder _____

Gefäße

- Schlaganfall, Wann? _____
 - Durchblutungsstörungen
 - Krampfadern
 - Thrombosen, Embolie
- oder _____

Atemwege / Lunge

- Asthma
 - Lungenentzündung
 - Tuberkulose
 - chronische Bronchitis, COPD
 - Lungenblähung
 - Schlafapnoe
 - Schnarchen
- oder _____

Leber

- Leberverhärtung
 - Fettleber
 - Gallensteine
 - Hepatitis A B C
- oder _____

Nieren

- Dialysepflicht
 - Nierenentzündung
 - Nierensteine
- oder _____

Magen / Darm

- Geschwür
 - Engstelle
 - Verdauungsstörungen
 - Sodbrennen
 - Refluxkrankheit
- oder _____

Stoffwechsel

- Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Schilddrüsenunterfunktion
 - Schilddrüsenüberfunktion
 - Kropf
- oder _____

Skelettsystem

- Gelenkerkrankungen
 - Rückenbeschwerden
 - Bandscheibenbeschwerden
 - Muskelschwäche
 - Muskelerkrankungen
 - Fibromyalgie
 - Osteoporose
- oder _____

Nerven / Gemüt

- Krampfanfälle (z.B. Epilepsie)
 - Lähmungen
 - Depressionen
 - Angstzustände
 - Morbus Parkinson
 - Demenz
- oder _____

Blut

- Gerinnungsstörungen
 - häufiges Nasenbluten
 - blaue Flecken auch ohne Verletzungen bzw. nach leichter Berührung
 - Nachbluten nach Operationen
 - Anämie
 - Leukämie
- oder _____

Augen

- Grüner Star
 - Grauer Star
 - Starke Einschränkung der Sehkraft
 - Blindheit
- oder _____

Allergie und / oder Überempfindlichkeit gegen

- Heuschnupfen
 - Nahrungsmittel
 - Fruchtzucker
 - Medikamente
 - Jod
 - Pflaster
 - Metalle
 - Latex, z.B. Luftballons, Radiergummi, Gummihandschuhe
- oder _____

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
 - Zustand nach Organtransplantation
 - HIV-Infektion
- oder _____

Knochen

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt? Wegen welcher Erkrankung? _____
- Wann? _____
- Mit welchem Präparat? _____

Andere Erkrankungen

- Tumorerkrankungen
 - rheumatische Erkrankungen
- oder _____

Rauchen Sie?

- Gelegentlich
- Regelmäßig
- Wie viel? _____
- _____

Trinken Sie Alkohol?

- Gelegentlich
- Regelmäßig
- Wie viel? _____
- _____

Nehmen Sie Drogen?

- Gelegentlich
- Welche? _____
- _____
- Regelmäßig
- Welche? Wie viel? _____
- _____
- _____

Sind Sie schwanger?

- Ja
- Welche
- Schwangerschaftswoche? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? (dauerhaft oder in den letzten Tagen)

- Aspirin, ASS, Aggrenox
- Plavix, Brilique, Efiend
- Marcumar, Warfarin, Falithrom
- Xarelto, Pradaxa, Eliquis
- Ticlopidin
- oder _____
- _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Verhütungsmittel
- Psychopharmaka
- Antidiabetika
- oder _____
- _____

Welche regelmäßigen Medikamente nehmen Sie?

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem Informationsstand gemacht und den Hinweis zur Terminvereinbarung und Terminabsage verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Datum

Änderungen

- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein

Unterschrift
