

Anmeldeformular und Anamnesebogen

Für eine sorgfältige zahnärztliche Behandlung, wie Sie es sich wünschen, müssen wir Ihren Gesundheitszustand gut kennen. Wir bitten Sie in Ihrem Interesse, diesen Fragebogen so detailliert wie möglich auszufüllen. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie unsere Mitarbeiterinnen.
 Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.
 Vielen Dank für Ihr Vertrauen und die Zeit die Sie sich nehmen.

Personalien

Patient

Name, _____ Vorname, _____ Geburtsdatum _____

Versicherter

Name, _____ Vorname, _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße, _____ Postleitzahl, Ort _____

Telefon privat / mobil / geschäftlich, _____ E-Mail _____

gesetzl. Versicherung freiwillig versichert Zusatzversicherung private Versicherung Basistarif

Krankenkasse

Beruf

Arbeitgeber _____

Hausarzt

_____ bzw. andere Ärzte bei denen Sie in ständiger Behandlung sind _____

Gesundheitsfragen

Die Fragen dienen der Risikoabklärung. Zu Ihrer eigenen Sicherheit beantworten Sie diese bitte sehr gewissenhaft.

- | | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Hatten oder haben Sie ein Leberleiden (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie manchmal Atemnot oder Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Hatten oder haben Sie Tuberkulose (Tbc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Leiden Sie an Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Leiden Sie an Aids oder sind HIV positiv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie Bluterkrankungen oder Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Haben Sie die Creutzfeld-Jakob Krankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Leiden Sie an Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Leiden Sie an grünem Star (Glaukom) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Sind jemals Probleme bei ärztlichen Behandlungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie ein Schilddrüsenleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | aufgetreten, welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Sind Sie schwanger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 19. Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Nehmen Sie Mittel gegen Knochenstoffwechselstörungen, z.B. Osteoporose (z.B. Bisphosphonate), oder haben Sie diese genommen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Leiden Sie an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts- oder Nackenbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Rauchen Sie, wie viele Zigaretten/Tag _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Haben Sie Schluckbeschwerden oder Würgreiz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Reagieren Sie überempfindlich auf Substanzen / Arzneien oder haben Sie Allergien, welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Leiden Sie an Rheuma oder anderen Knochen- oder Gelenkproblemen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | 23. Gibt es Röntgenbilder jüngeren Datums | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 24. Möchten Sie sich über Zahnpflege informieren oder Auskunft über weitere zahnmedizinische Aspekte, wir beraten Sie gerne. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Terminorganisation und Erklärung

Unsere Patiententermine sind verbindlich und werden nach einem Bestellsystem geführt. Durch Not- bzw. Schmerzfälle kann es trotzdem zu unvorhergesehenen Wartezeiten kommen. Wenn möglich, versuchen wir Sie in solchen Fällen zu informieren. Bitte sagen Sie vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher ab, bzw. Montagstermine bitte bis Donnerstag Abend. Da es sich für Sie um einen reservierten Termin handelt, behalten wir es uns vor, gemäß §§ 615, 611 BGB, bei Versäumnis ohne rechtzeitige Absage eine angemessene Ausfallgebühr zu berechnen. Ich bin damit einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, diesen Anmeldebogen gelesen und verstanden zu haben.