

Anmelde- und Anamnesebogen

Liebe Patienten, herzlich Willkommen in unserer Praxis,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherter:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefonnummer

Krankenkasse

Bevorzugte Behandlungszeit:

von _____ bis _____ Uhr.

Ja, ich wünsche eine halbjährliche Erinnerung für meine Vorsorgeuntersuchung per Post.

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir nun um folgende Angaben:
(bitte ankreuzen)

(A) Fragen zur allgemeinen Gesundheit

Besteht/Bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein	Ergänzende Angaben
1. Störungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetes)?			
2. zu hoher oder zu niedriger Blutdruck?			
3. Allergien (Wenn ja, welche?)			
4. Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma)			
5. Blutgerinnungsstörung			
6. Anfallsleiden (Epilepsie)			
7. Schilddrüsenerkrankung			
8. Herz-Kreislaufferkrankungen			
9. Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tbc etc.)			
10. Osteoporose			
11. Nierenerkrankungen			
12. Tumorerkrankungen			
13. Sonstiges			

(B) Spezielle zahnärztliche Fragen

	Ja	Nein	Ergänzende Angaben
1. Kam es bei früheren Behandlungen zu verstärkter Blutung/Blutverlusten?			
2. Traten Komplikationen nach Betäubungsspritzen einer Zahnentfernung auf?			
3. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten ?			
4. Haben Sie Schmerzen im Kieferbereich oder chronische Kopfschmerzen ?			
5. Leiden Sie unter Mundgeruch ?			
6. Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?			
7. Wurde schon einmal im Mundbereich geröntgt?			

(C) Sonstige Fragen

	Ja	Nein	Ergänzende Angaben
1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?			
2. (Frauen) Besteht eine Schwangerschaft?			
3. Wer ist Hausarzt/Facharzt?			

(D) Einverständiserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, weitere Fragen zu stellen.

Datum

Unterschrift des Patienten/des Betreuers/der Eltern