



ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

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

Wir, das Praxis-Team, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Straße/Hausnr.	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Wohnort	<input type="text"/>
Telefon privat	<input type="text"/>	geschäftlich	<input type="text"/>
Telefon mobil	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	Arbeitgeber	<input type="text"/>
Hausarzt	<input type="text"/>		

Krankenkasse

gesetzlich versichert privat versichert privat zusatzversichert privat versicherter Basistarif

Ihr Hauptanliegen beim Zahnarzt

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten?

Herz-/Kreislaufkrankungen

<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Schrittmacher	<input type="checkbox"/> Klappenersatz	<input type="checkbox"/> Herzfehler
<input type="checkbox"/> Endokarditis	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck
<input type="checkbox"/> Stent	<input type="checkbox"/> Sonstige <input type="text"/>	

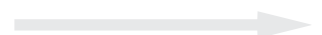
Infektionskrankheiten

<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A,B,C)	<input type="checkbox"/> TBC (Tuberkulose)
<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJD)	<input type="checkbox"/> Varianten von CJD	<input type="checkbox"/> Sonstige <input type="text"/>

Leiden Sie an folgenden **anderen** Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Engwinkelglaukom
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen (auch in der Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Sonstige <input type="text"/>	

Bitte Rückseite beachten!



Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen

ja nein Welche?

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

ja nein Welche?

Allergien / Überempfindlichkeiten (Heuschnupfen, Asthma, bestimmte Medikamente (Penicillin), Latex, Sonstige)

ja nein Welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Bisphosphonate, Marcumar, ASS, etc.)

ja nein Welche?

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Gelenkersatz ja nein

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Haben Sie Zahnschmerzen?

ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?

ja nein

Haben Sie Verspannungen im Gesichts-/ Nackenbereich?

ja nein

Haben Sie häufig Kopfschmerzen?

ja nein

Haben Sie besondere Wünsche oder Fragen?

Bemerkung

UNSER SERVICE FÜR SIE

Wünschen Sie eine Erinnerung an jährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen und Zahnreinigungen (Recall)?

ja nein

Vielen Dank für Ihre Zeit und dafür, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben!

Ort / Datum

Unterschrift

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