



PRAXIS FÜR MODERNE ZAHNHEILKUNDE UND ZAHNTECHNIK

ANMELDEBOGEN

**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)
Hausarzt, Ort		

	Ja	Nein	
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>
Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<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

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"/>
Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzkrankheiten

	Ja	Nein
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufferkrankungen	<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"/>
Alkoholsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionskrankheiten

	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"/>

Nehmen Sie eines der folgenden Arzneimittel ein?

	Ja	Nein
Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS®, Marcumar®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche? _____

	Ja	Nein
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche? _____

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

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben mit bestem Wissen und Gewissen gemacht und ich die vorliegenden Informationen gelesen habe.