

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

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

Wir, das Team der Praxis für Zahnmedizin Julian Schupp, 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 nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Persönliche Angaben

Name _____ Titel _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Straße/Nr. _____
 PLZ/Ort _____
 Arbeitgeber _____
 Beruf _____
 Telefon privat _____
 Telefon mobil _____
 E-Mail _____
 Hausarzt _____

Angaben zu Ihrer Gesundheit:

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine
Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Asthma ja nein
 Allergien ja nein
 Haben Sie einen Allergiepass? ja nein
 Diabetes ja nein
 Herzfehler/künstliche Herzklappe ja nein
 Endokarditisprophylaxe ja nein
 Herzinfarkt ja nein
 Herzschrittmacher ja nein
 Hoher Blutdruck ja nein
 Niedriger Blutdruck ja nein
 Ohrensausen/Tinnitus ja nein
 Epilepsie ja nein
 Grüner Star ja nein
 Leber ja nein
 Nieren ja nein
 Schilddrüse ja nein
 Magen-Darm-Trakt ja nein
 Gelenke (Rheuma) ja nein
 Osteoporose ja nein
 Tumorerkrankung ja nein
 Immunsuppression ja nein
 Schlaganfall ja nein
 Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen ja nein
 Andere nicht aufgeführte Erkrankungen? _____

Krankenkasse | Versicherung

Gesetzlich versichert: Freiwillig Pflicht
 Privat versichert: Basistarif Standardtarif
 Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein
 Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind,
wer ist versichert?

Name, Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Straße/Nr. _____
 PLZ/Ort _____
 Telefon privat _____

Bitte wenden

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

- Hepatitis
- HIV/AIDS
- Tuberkulose
- MRSA (Krankenhauskeim)
- Creutzfeldt-Jakob (CJK)
- Varianten Creutzfeldt-Jakob (VCJK)

Zu Ihrer Zahngesundheit

Grund Ihres Besuches/besondere Wünsche und Erwartungen?

- Routinekontrolle
- Neuer Zahnersatz
- Beratung
- „Zweite Meinung“
- Sonstige Gründe _____

- Leiden Sie unter Zahnschmerzen? ja nein
- Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein
- Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Haben Sie sich bereits zum Thema Prophylaxe informiert? ja nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein
- Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein
- Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ja nein
- Sonstige Gründe? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wichtige Informationen für Sie:

- Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie über halbjährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie Zahnreinigungen zu informieren. Wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:
 - per Post
 - per E-Mail
 - per SMS
 - per Anruf
 - kein Interesse
- Wünschen Sie eine Terminerinnerung? Wenn ja, auf welchem Wege?
 - per SMS
 - per Anruf
 - kein Interesse
- Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden? Wenn ja, auf welchem Wege?
 - per Post
 - per E-Mail
 - kein Interesse
- Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Bisphosphonate
- Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel
- Antidepressiva
- Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, Xarelto, Eliquis, Pradaxa oder ASS

Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein?

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche?

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Rauchen Sie?

ja nein

Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung?
