

Anmeldebogen/Anamnesebogen

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie daher zu Ihrer eigenen Sicherheit folgenden Fragen. Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

	Patient	Hauptversicherter
Name:		
Vorname:		
Geboren am:		
Krankenkasse		
Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzliche Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Vollversicherung <input type="checkbox"/> Kostenerstattung <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> Basistarif	
Straße:		
PLZ/Ort:		
Arbeitgeber:		
Beruf:		
Telefon privat:		
Telefon beruflich:		
Telefon mobil:		
E-Mail:		

Name, Anschrift Hauszahnarzt:

Name, Anschrift Hausarzt:

Bitte kreuzen Sie an:

Allergien (Allergiepass bitte vorlegen):	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Asthma:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Blutdruck:	<input type="checkbox"/> hoch	Werte	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> niedrig
Herz-Kreislaufstörungen:	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Herz-Rhythmusstörung:	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Herzfehler:	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/> ja	Wann?	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenoperation:	<input type="checkbox"/> ja	Wann/Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperationen:	<input type="checkbox"/> ja	Wann/Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall:	<input type="checkbox"/> ja	Wann?	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS, etc.):	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Immunsystems:	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselerkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit/Diabetes:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantationen:	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Knochenerkrankungen (Osteoporose, Gelenkerkrankungen, etc):	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Rheumatische Erkrankungen (Gelenkbeschwerden)	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Tumorerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Bisphosphonate <input type="checkbox"/> nein
Störungen der Blutgerinnung:	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Neigen Sie zu Nachblutungen:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Epileptiforme Anfälle/Krämpfe:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Sind oder waren Sie drogenabhängig:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Raucher:	<input type="checkbox"/> ja	Zigarette(n) pro Tag:	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Gerinnungshemmende Medikamte:	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente:	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	<input type="checkbox"/> nein
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/> ja	Welche Woche?	<input type="checkbox"/> nein

Angstpatient

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

ich bin überwiesen worden Empfehlung Internet sonstiges _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben: _____