



Anmeldebogen mit Anamnese

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben! Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

Patient

Name: _____
Vorname, Titel: _____
Strasse: _____
PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: _____
Hausarzt: _____
Telefon: _____

Versicherter (Eltern/Ehegatte)

Name: _____
Vorname, Titel: _____
Strasse: _____
PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: _____
Hausarzt: _____
Telefon: _____

Versicherungsverhältnis

Gesetzlich versichert Freiwillig versichert Privat krankenversichert Private Zusatzversicherung Beihilfeberechtigt

Grund meines Zahnarztbesuches

Kontrolluntersuchung Probleme mit Zahnersatz Mundgeruch
 Zahnschmerzen Wunsch nach neuem Zahnersatz Sonstiges
 Zahnlockerungen Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne _____
 Zahnfleischbluten Kiefergelenksprobleme _____
 Fehlende Zähne Zähneknirschen _____

Ich wünsche eine Beratung zu

Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe) Lückenschluss mit Zahnimplantat und Krone Keramik-Verblendschalen (Veneers)
 Zahnfleischbehandlung Feste Zähne statt Prothese/Teilprothese Verschönerung meiner Zähne
 Sichere Amalgamentfernung Verbesserung des Prothesenhalts Zahnaufhellung (Bleaching)
 Metallfreie Zahnbehandlung Keramikfüllungen (Inlays) Sonstiges
 Zahnersatz Keramik-Kronen und -Brücken _____

Angaben zum Gesundheitszustand

Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren Allergie-Pass zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit Medikamente einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

nein ja und zwar: Marcumar Herz-ASS andere: _____

Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

nein ja und zwar: _____

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

nein ja und zwar: _____

Haben Sie Allergien? (Allergiepass)

nein ja und zwar gegen: _____

Rauchen Sie?

nein ja: wie viele? _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

nein ja: In welchem Monat? _____

Sind Arzneimittelunverträglichkeiten bekannt?

nein ja und zwar gegen: Antibiotika Schmerzmittel
 andere: _____

Haben Sie Spritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen?

nein ja

Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?

nein ja

Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?

nein ja und zwar: Zahnsanierung vor chirurgischen Eingriffen
 bei Tumorerkrankungen bei Diabetes bei Herz-Kreislauf-
erkrankungen andere: _____

Befanden Sie sich in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?

nein ja, wegen: _____

Erkrankungen

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?
_____ | <input type="checkbox"/> Knochenmarks-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Hepatitis. Welche?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler/Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Creutzfeld-Jacob |
| <input type="checkbox"/> Herz-Operationen | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen. Welche?
_____ | <input type="checkbox"/> Resistenter Krankenhauskeim (MRSA) |
| <input type="checkbox"/> Herz-Schrittmacher | <input type="checkbox"/> Frühere Parodontose-Behandlung | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenkrankheit/Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung/Über-/
Unterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Hoher/Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen (Glaukom) |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> Depressionen/Psychosen | <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke o.ä. |
| <input type="checkbox"/> Immunerkrankungen (z.B. HIV) | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Sonstige:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | |

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann.

- Änderungen zu meinen Gesundheitsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen.
- Ich berechtige Sie hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxis-kollegen zu übergeben.
- Ich bin damit einverstanden, am Erinnerungsservice (Recall) zur Gesundheitsvorsorge teilzunehmen.

Datum, Ort

Unterschrift

Vielen Dank für Ihr Vertrauen! Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen!

Ihr Praxis-Team



Dr. Philipp Schulze Icking
Zahnarztpraxis