



ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

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

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren 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.*

Ich bin Neupatient.

Ja Nein

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

PATIENTENDATEN

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum und Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)*

E-Mail *

Beruf **

Telefon (Arbeitsplatz)*

Hausarzt, Ort ***

Versicherung

Mitglied (falls nicht selbst versichert; Name, Vorname, Geburtsdatum)

Erziehungsberechtigter (bei Patienten unter 18 Jahren; Name, Vorname, Geburtsdatum)

Privat versichert:

Basistarif

Standardtarif

Gesetzlich versichert:

Freiwillig

Pflichtversichert

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

Ja Nein

Besteht eine Zahnzusatzversicherung?

Ja Nein

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Leiden Sie unter Zahnschmerzen?

Ja Nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?

Ja Nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

Ja Nein

Wurde bei Ihnen bereits eine kiefer-orthopädische Behandlung durchgeführt?

Ja Nein

Haben Sie sich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert?

Ja Nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

Ja Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Ja Nein

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?

Ja Nein

++ BITTE WENDEN ++

* Freiwillige Angabe | wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

** Freiwillige Angabe | diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

*** Freiwillige Angabe | wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

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

Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Stent	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma, Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Grüner Star	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Engwinkelglaukom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nieren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tumorerkrankungen/ Chemotherapie/Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Erkrankungen/Verletzungen/ Operationen im Hals-, Nasen-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Herzfehler	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Endokarditis/-prophylaxe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Klappenersatz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Diagnostizierte Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?

Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE EIN?

Blutdruckmedikamente:	_____	Bisphosphonate:	_____
Herzmedikamente:	_____	Schilddrüsenmedikamente:	_____
Schmerzmittel:	_____	Blutverdünnende Medikamente: (z.B. Marcumar® oder ASS®)	_____
Kortison:	_____	Keine	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva:	_____		

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. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) berechnen müssen.

Datum, Ort

Unterschrift

Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten | *Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum, Ort

Unterschrift