

Anmelde- und Anamnesebogen

Name	Vorname
Geburtsdatum	Anrede
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Email	
Telefon (privat)	Telefon (geschäftl.)
Name des Hauptversicherten	Geburtsdatum
Krankenkasse	
Hausarzt	Zahnarzt

Zur gezielten Behandlung ist die Kenntnis bereits bestehender Vorerkrankungen unbedingt erforderlich. Daher bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Sie dienen damit Ihrer Sicherheit und Gesundheit. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich.

1. Waren Sie in den letzten Jahren ... - in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
 Wenn ja, weshalb? - in einem Krankenhaus? Ja Nein
 - in einer Reha-Klinik? Ja Nein _____
2. Nehmen Sie ständig Medikamente? Welche? Ja Nein _____
 Wurden Sie jemals oder werden Sie behandelt mit...
Bisphosphonaten z.B.: Actonel, Alendronat, Aredia, Bondronat, Bonefos, Clodron Didronel, Diphos, Fosamax, Ostac, Pamidrocell, Pamifos, Ribodronat, Skelid, Zometa, Romosozumab, Evenity Ja Nein
Antikoagulation (Blutverdünnungsmedikamente), z.B.: ASS protect 100, Marcumar (Phenprocoumon), Plavix/ Iscover/ Clogombix (Clopidogrel), Pradaxa (Dabigatran), Xarelto (Rivaroxaban), Eliquis (Apixaban) Ja Nein
3. Haben Sie größere Operationen hinter sich? Wenn ja, weshalb? Ja Nein
 Sind dabei Komplikationen aufgetreten? _____
4. Wurden Sie bereits im Kopf-/ Kieferbereich geröntgt? Ja Nein
 Wenn ja, wann zuletzt? _____
5. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

6. Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Krankheiten?

- Herzkrankheit (Infarkt, Angina pectoris, Herzschrittmacher, ...) Ja Nein
- Blutdruckveränderung (hoch, niedrig, Kollapsneigung) Ja Nein
- Schlaganfall Ja Nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein
- Lebererkrankungen (Gelbsucht) Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung (Über- und Unterfunktion) Ja Nein
- Anfallsleiden (Epilepsie o.ä.) Ja Nein
- Augenerkrankungen (Glaukom, grüner Star) Ja Nein
- Allergie (Heuschnupfen, Hautausschlag) gegen: _____ Ja Nein
- Nierenerkrankung (Dialyse) Ja Nein
- Lungenerkrankung/ Asthma Ja Nein
- Blutkrankheit (Blutarmut, Anämie) Ja Nein
- Magen-, Darmerkrankung (Geschwür, Tumor) Ja Nein
- Rheuma (chronisches Gelenkrheuma, rheumatisches Fieber) Ja Nein
- Nervenerkrankung (Depression, Nervosität) Ja Nein
- Infektionskrankheiten (Tbc, AIDS, CJK, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, MRE, MRSA, VRE, ESBL, ORSA, ...) Ja Nein
- Krebs (Tumorerkrankungen) Ja Nein
- Sonstige (z. B. Osteoporose, ...) _____

7. Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____

8. Haben Sie für Ihre Behandlung einen besonderen Wunsch?

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen, ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit.

- Ich möchte an Vorsorgetermine erinnert werden.
- Ich interessiere mich für Möglichkeiten zum langfristigen Erhalt meiner Zähne.
- Mir ist das Aussehen meiner Zähne besonders wichtig.

Ich wünsche eine gezielte Beratung zu ...

- Karies- und Parodontosevorsorge
- Zukunft meiner Zähne
- professionelle Zahnreinigung
- Amalgamaustausch und Alternativmaterialien
- Zahnaufhellungen
- Implantate
- Gold- bzw. Keramikinlays
- Sonstiges _____

DATENSCHUTZ

Wir nehmen Ihren Datenschutz ernst und behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Vorschriften. Unsere Datenschutzerklärung ist in ausgedruckter Form in der Praxis ausgelegt. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie.

- Kopie erhalten Kopie verzichtet

Ich bestätige meine Angaben _____

Datum Unterschrift