

# Anmeldebogen

Patient/-In: Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Adresse: Straße \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Arbeitgeber / Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse / -versicherung \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.  
 Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Bogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Haben Sie zu hohen Blutdruck ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?<br/>                 - angeborenen oder erworbenen Herzfehler <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 - Herzklappenfehler oder Klappenprothese <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 - Endokarditis (Herzinnenwandentzündung) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 - Herzoperationen ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 - Sonstiges ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 - Haben Sie einen Herzpass ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>4. Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?<br/>                 Zuckerkrankheit (Diabetes) ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 Erkrankungen des Blutes ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 Allergien ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 Schilddrüsenerkrankung ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 Asthma / Lungenerkrankungen ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 Rheuma / Rheumatisches Fieber ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 Nierenerkrankungen ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 Magen-Darmerkrankungen ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 Immunschwäche (z.B. HIV) ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>6. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> | <p>7. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br/>                 Falls ja: Welche?</p> <p>8. Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>9. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?</p> <p>10. Wann wurden das letzte Mal Zähne geröntgt?<br/>                 Datum (ungefähr) _____<br/>                 Zahn / Region _____</p> <p>11. Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>12. Möchten Sie an die Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden? (Wichtig für den Bonus der Krankenkasse!) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>13. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> |
|---|--|

Wenn Termine ohne Abzusagen oder kurzfristig nicht eingehalten werden, kann eine Ausfallgebühr berechnet werden. Damit bin ich einverstanden.

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte beachten: Betäubungsmittel können die Fahrtüchtigkeit beeinflussen. Beachten Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.