

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen dazu, mögliche Risiken bei der Behandlung und Medikation zu vermeiden.

Persönliche Daten			
Patient		Hauptversichertes Mitglied	
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Strasse		Straße	
Wohnort		Wohnort	
Telefon privat		Telefon privat	
Handy			
E-mail		Telefon beruflich	
Beruf		Arbeitgeber	
Krankenkasse		Sind Sie beihilfeberechtigt?	
Von wem wurde unsere Praxis empfohlen?		Wer ist Ihr Hausarzt?	

Ärztliche und zahnärztliche Anamnese

Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Befunde/ Beschwerden/ Krankheiten:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung / Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung : _____					
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma / rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen- Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien: _____					
Immunschwäche (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkohol- / Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie vor kurzem oder sind Sie zur Zeit noch in ärztlicher Behandlung?				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Fachrichtung (en)? _____					
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____					
Besteht eine Schwangerschaft?		Ja <input type="checkbox"/>	Im _____ Monat	nein <input type="checkbox"/>	
Weshalb kommen Sie zu uns? Was ist Ihr Hauptanliegen? _____					bitte wenden! →

Haben Sie im Moment Zahnschmerzen?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Welche zahnmedizinischen Probleme liegen vor bzw. welche Erkrankungen befürchten Sie?			
Karies <input type="checkbox"/>	Probleme mit der vorhandenen Versorgung <input type="checkbox"/>	Zahnfleischprobleme <input type="checkbox"/>	
Verletzungen <input type="checkbox"/>	Kiefergelenksprobleme / gestörte Kaufunktion <input type="checkbox"/>		
Probleme mit dem Aussehen der Zähne <input type="checkbox"/>	Haben Sie Zahnverfärbungen die sich nicht wegbürsten lassen? <input type="checkbox"/>	Haben Sie Interesse an einer Zahnaufhellung? <input type="checkbox"/>	
Sonstiges: _____			
Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			
Ist Ihnen schon einmal ausführlich gezeigt worden, wie Sie individuelle Zahnpflege betreiben sollen?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung (Prophylaxe) durchführen lassen?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutet es beim Zähneputzen?	nie <input type="checkbox"/>	ja, selten <input type="checkbox"/>	ja, immer <input type="checkbox"/>
Besteht Mundgeruch?	nie <input type="checkbox"/>	ja, selten <input type="checkbox"/>	ja, immer <input type="checkbox"/>
Verwenden Sie weitere Hilfsmittel zur Mundhygiene?	nie <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	ja, täglich <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____	Ist die Handhabung problematisch?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine Parodontitis / Parodontose-Behandlung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hatten Sie jemals eine Kiefervermessung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Haben Sie schon einmal mit beherdeten Zähnen zu tun gehabt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Ist Ihnen eine Amalgamentfernung angeraten worden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Wünschen Sie Amalgamfüllungen im Seitenzahnbereich?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Wurden während des letzten Jahres neue Füllungen/Inlays/Kronen eingebracht?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Welche Behandlungen standen bisher im Vordergrund? _____			
Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann zuletzt? _____			
Ich möchte <u>nicht</u> an notwendige Untersuchungen zur Erhaltung meiner Zahngesundheit erinnert werden.			<input type="checkbox"/>

Wichtige Hinweise:

Sollte im Rahmen der Behandlung eine Betäubung (Spritze/Lokalanästhesie) notwendig sein, beachten Sie bitte, dass eine Beeinträchtigung Ihrer Verkehrstüchtigkeit möglich ist.
 Sozialversicherte Patienten bitten wir, die Krankenversicherungskarte bzw. den Behandlungsschein spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorzulegen, andernfalls werden die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt.
 Die Praxis wird nach dem "Bestellsystem" geführt. Das bedeutet, die vereinbarte Zeit ist für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. In der Regel entstehen für Sie daher keine oder nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhergesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können, dafür bitten wir Sie um Verständnis. Wenn sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit die Zeit anderweitig vergeben werden kann. Wir sind andernfalls berechtigt, die ungenutzte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen (§§304,615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalls (z.B. Schmerzen) kurzfristig einen Termin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Nochmals vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben. Sollte das Ausfüllen des Bogens Ihnen bei irgendeinem Thema Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte darauf an. Je besser informiert wir sind, umso besser können wir Sie behandeln.

Friedrichshafen, den _____

Unterschrift des Patienten