

# Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

damit wir uns in Diagnose und Behandlung besser auf Sie einstellen können, hier einige Fragen. Sollten Sie mit der einen oder anderen Frage nicht zurechtkommen, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihr Praxisteam N55

## Persönliche Angaben

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Telefon (geschäftlich) \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

gesetzlich  zusatzversichert  privat  privat (Basistarif)

bei familienversicherten sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch,  
bitte die folgenden Angaben ergänzen

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

## Erinnerung an Kontrolltermine

Möchten Sie durch eine SMS oder E-Mail an Ihre Kontrolltermine erinnert werden?  ja  nein

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zeitungsanzeige  Praxisschild  Empfehlung von  
 Internet  Praxisflyer  Sonstiges

## Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

Fühlen Sie sich gesundheitlich wohl?  ja  nein

Nehmen Sie Medikamente (z.B. Marcumar, ASS)?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal eine Infusion bekommen zur Bisphosphonattherapie?  ja  nein

Haben Sie Allergien?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_



Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

Haus-/Facharzt: \_\_\_\_\_

Bei Frauen: Sind Sie schwanger?  ja  nein Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

#### Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Aids (HIV)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herz-/Kreislaufleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arthritis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grüner Star	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis/Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstiges \_\_\_\_\_

#### Angaben zur zahnmedizinischen Gesundheit

Haben Sie Zahnschmerzen?  ja  nein Blutet Ihr Zahnfleisch?  ja  nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  ja  nein Sind Ihre Zähne gelockert?  ja  nein

Haben / tragen Sie eine Knirscherschiene?  ja  nein

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung im Kopf-/Kieferbereich statt? \_\_\_\_\_

Wie häufig putzen Sie Ihre Zähne? \_\_\_\_\_ x täglich

Welche Art von Zahnbürste benutzen Sie?  Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste

Benutzen Sie Zahnseide und/oder Zwischenraumbürstchen?  ja  nein

#### Anästhetika – Betäubungsmittel

Eine Zahnbehandlung kann manchmal schmerzhaft werden. Falls wir mit Ihrer Einwilligung ein Anästhetikum spritzen müssen, beachten Sie bitte folgendes:

- Bis zum Abklingen der Wirkung kann Ihre Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein!
- Wenn Sie in betäubtem Zustand essen, kann es zu Zahn- oder Schleimhautverletzungen kommen!

#### Wichtige Informationen

- Alle gegebenen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- **Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen.**
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift (Patient/Erziehungsberechtigter)