

# Anmelde- und Anamnesebogen

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in der Praxis!**

Bevor wir uns persönlich über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Alle Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Versicherter (Name, Vorname)		Geburtsdatum	
Krankenversichert bei	falls privat: Standard- oder Basistarif?		ja <input type="checkbox"/>
Adresse			
Telefon (privat)		Telefon (geschäftlich)	
eMail		Hausarzt	
Arbeitgeber		Beruf	

## Grund Ihres Zahnarztbesuchs / Besonderheiten:

Schmerzen  Zahnfleischbluten  „zweite Meinung“  Routineuntersuchung  Angst

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wünschen Sie, daß wir Sie an die halbjährlichen Routineuntersuchung erinnern? ja  nein

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und Sie in Ruhe behandeln zu können, wird die Praxis nach dem Bestellsystem geführt, d.h. Ihre Termine sind ausschließlich für Sie reserviert. Wenn Sie nicht kommen können, sagen Sie bitte 24 Stunden vorher ab. Anderenfalls ist die Praxis berechtigt, Ihnen die reservierte Zeit in Rechnung zu stellen.

## Angaben zur Ihrer Gesundheit

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

Allergien	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?	<input type="text"/>
Herz- / Kreislaufkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?	<input type="text"/>
Nehmen Sie „Blutverdünner“	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?	<input type="text"/>
Endocarditisprophylaxe nötig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Schlaganfall / Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Asthma, COPD	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Grauer Star	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Grüner Star	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Diabetes („Zucker“)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie/Anfallsleiden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Niere / Dialyse	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Leber	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rauchen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Drogen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schwangerschaft / Stillzeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüse	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Prostata	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tumore, Bestrahlungen, Chemo, Infusionen oder Einnahme von Bisphosphonaten				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie? Bei mehr als drei bitte Medikationsplan des Hausarztes mitbringen!

Sonstige Erkrankungen

Datum der letzten Röntgenuntersuchung

Die Regeln zur Terminabsprache habe ich zur Kenntnis genommen und die Angaben zu meinem Gesundheitszustand habe ich wahrheitsgemäß beantwortet.

Datum  Unterschrift (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)