



## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

### PERSÖNLICHE DATEN

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

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

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

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Telefon (mobil) \_\_\_\_\_ Telefon (geschäftlich) \_\_\_\_\_

Beruf, Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Hausarzt, Ort \_\_\_\_\_

Privat versichert

Gesetzlich versichert

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?  Ja  Nein

Besteht eine Zahnzusatzversicherung?   Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Woher kennen Sie uns?

---

### ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

	Ja	Nein
Leiden Sie unter Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressen Sie oder knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BITTE WENDEN

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

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

	Ja	Nein	<b>HERZKRANKHEITEN</b>	Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-/Kreislaferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endokarditis/-prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engwinkelglaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP im Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Rheuma, Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>INFEKTIONSKRANKHEITEN</b>	Ja	Nein
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob/Varianten CJK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Nehmen Sie eines der folgenden Arzneimittel ein?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutverdünnende Medikamente (ASS®, Marcumar®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein	
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Woche/welcher Monat? _____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

## ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Wir haben für unsere Patienten ein individuelles Recallprogramm eingerichtet.

Wünschen Sie eine regelmäßige Information zu anstehenden Vorsorge- und Prophylaxeterminen?  Ja  Nein  
Wenn ja, auf welchem Wege?  Per Post  Per E-Mail

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis bzw. Informationen zu Aktionen übersenden?  Ja  Nein  
Wenn ja, auf welchem Wege?  Per Post  Per E-Mail

Da unsere Praxis mit einem Bestellsystem arbeitet, wird die Zeit für vereinbarte Termine exklusiv für Sie reserviert.

Wir bitten Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, unbedingt 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls müssen wir Ihnen einen Pauschalsatz von 50 Euro berechnen.

Ort, Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben mit bestem Wissen und Gewissen gemacht und die vorliegenden Informationen gelesen habe.