



ANMELDE- / ANAMNESEBOGEN

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

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der 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.

Ich bin Neupatient. Ja Nein
Auf wessen Empfehlung kommen Sie? / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

PATIENTENDATEN

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer Geburtsdatum

Postleitzahl, Ort E-Mail

Telefon (privat) Telefon (mobil) Telefon (geschäftlich)

Beruf, Arbeitgeber

Hausarzt, Ort

Privat versichert: Basistarif Standardtarif
Gesetzlich versichert: Freiwillig Pflichtversichert

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein
Besteht eine Zahnzusatzversicherung? *Wenn ja, seit wann?* Ja Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, bei wem sind Sie mitversichert?

Titel, Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Bitte Rückseite beachten

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

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

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma, Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engwinkelglaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen/Chemotherapie/Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen/Verletzungen/Operationen im Hals-, Nasen-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzschritmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis/-prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostizierte Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob/Varianten CJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Allergien? *Wenn ja, welche?* _____ Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? *Wenn ja, welche Woche/welcher Monat?* _____ Ja Nein

Rauchen Sie? *Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?* _____ Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutverdünnende Medikamente z.B. Marcumar oder ASS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Welche anderen Medikamente nehmen Sie? _____

UNSER SERVICE FÜR SIE

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie in unser Vorsorge-System aufzunehmen. Falls Sie Interesse daran haben, wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

per Post per E-Mail per SMS per Anruf

Wünschen Sie eine Erinnerung zu Ihrer regelmäßigen Professionellen Zahnreinigung (PZR)?

Ja Nein

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden? Wenn ja, auf welchem Wege?

per Post per E-Mail

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.