

# Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen auf Vorder- und Rückseite vollständig zu bearbeiten. Alle auf diesem Blatt erhobenen Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

## Ihre persönlichen Daten

<b>Patient</b>			
Vorname	Name	geb.	Geburtsort
<b>Versicherter</b> (falls abweichend von Patient)			
Vorname	Name	geb.	
<b>Adressdaten</b>			
Festnetztelefon	Mobiltelefon	Email-Adresse	
Straße		PLZ	Ort
<b>Zur Erreichbarkeit am Arbeitsplatz</b>			
Beruf	Arbeitgeber	Telefon	
<b>Angaben zur Krankenversicherung</b>			
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> gesetzliche Kasse		<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
	<input type="checkbox"/> Privatkasse		<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt
<b>Hausarzt</b>		<b>ggf. Facharzt</b>	
Name		Name	

Um Wartezeiten zu vermeiden, führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Bitte vereinbaren Sie deshalb vor einem Besuch einen Termin. Bitte haben Sie Verständnis, wenn es aufgrund von Notfällen dennoch hin und wieder zu Verzögerungen kommen kann. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so teilen Sie uns dies bitte spätestens 24 Stunden vorher mit.

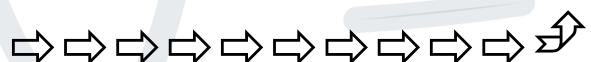
Wenn Sie einen längeren Termin für eine Behandlung vereinbart haben, erinnern wir Sie ca. eine Woche vorher per Post, Email oder SMS an den Behandlungstermin.

Sollten Sie keine Gelegenheit gefunden haben, vor dem Besuch in unserer Praxis Ihre Zähne zu putzen, erhalten Sie gerne an unserem Empfang eine Einmalzahnbürste, um Versäumtes nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Reaktionsfähigkeit nach Anwendung einer lokalen Betäubungsspritze eingeschränkt sein kann.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bei jedem Besuch mit.

Zum Fragebogen zur Gesundheit weiter auf der Rückseite



# Fragebogen zur Gesundheit

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen **Gesichtsschmerzen**

rechts  links  beidseits

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

## Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

Hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Herzklappenfehler  ja  nein  
Herzklappenersatz  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
Endokarditis  ja  nein  
Herzoperation  ja  nein

Hochgradige Neutropenie  ja  nein  
Mukoviszidose-Erkrankung  ja  nein  
Organtransplantiert  ja  nein  
Stammzellentransplantiert  ja  nein

Anfallsleiden (Epilepsie)  ja  nein  
Asthma/Lungenerkrankungen  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Diabetes/Zuckerkrankheit  ja  nein  
Drogenabhängigkeit  ja  nein  
Nervenerkrankung  ja  nein  
Nierenerkrankungen  ja  nein  
Ohnmachtsanfälle  ja  nein  
Osteoporoseerkrankung  ja  nein  
Raucher  ja  nein  
Rheuma/Arthritis  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
Sonstige Erkrankungen:  ja  nein

## Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein  
Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)  ja  nein  
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)  ja  nein

## Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  
Metalle .....

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  
Wenn ja, in welchem Monat? ..... Monat

Sind bei Ihnen bereits in einer anderen Praxis  
zahnärztliche Röntgenbilder gemacht worden?  
Wenn ja, wann? .....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit? .....

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate?  ja  nein seit .....

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?  ja  nein seit .....

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?  ja  nein seit .....

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?  ja  nein seit .....

Wurden bei Ihnen Operationen im Krankenhaus durchgeführt?  ja  nein Datum: .....

Ich verpflichte mich, über alle gesundheitlichen Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnarzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftsei eingeholt wird.

Die **Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten** sind in der Praxis einsehbar.

Datum

Unterschrift des Patienten