

# Anmeldebogen

*Sehr geehrte Patientin, sehr verehrter Patient,*

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen sorgfältig aus, da zahnärztliche Behandlungen Auswirkungen auf unterschiedlichste Krankheiten haben können und umgekehrt. Vielen Dank!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon gesch.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Ich bin: gesetzlich versichert  privat versichert  freiwillig versichert  Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

familienversichert bei: \_\_\_\_\_ Name des Mitglieds: \_\_\_\_\_ geb am: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen abgeschlossen? Ja  nein

Was ist der Grund Ihres Besuchs ?  
(z.B. Schmerzen, Zahnfleischbluten etc.)

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? Ja  Wenn ja, wegen welcher Erkrankung ? \_\_\_\_\_ Nein   
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? Ja  Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_ Nein

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit ? \_\_\_\_\_

## Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten :

Herzinfarkt ? <input type="checkbox"/>	Schlaganfall ? <input type="checkbox"/>	Lähmung ? <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann? _____	
	Zu hoher Blutdruck? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	Hepatitis A B C _____	<input type="checkbox"/> Ja
	Zu niedriger Blutdruck? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	HIV-Infektion _____	<input type="checkbox"/> Ja
	Asthma (schwere Atemnot) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	Tuberkulose? _____	<input type="checkbox"/> Ja
	Herzschrittmacher? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	Erhöhte Blutungsneigung? _____	<input type="checkbox"/> Ja
	Zuckerkrankheit? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	Bluterkrankung? _____	<input type="checkbox"/> Ja
	Magen-Darm-Erkrankungen? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	Blutgerinnungsstörungen? _____	<input type="checkbox"/> Ja
	Lebererkrankung? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	Sonstiges? _____	<input type="checkbox"/> Ja

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger ?  Ja Wenn ja, in welcher Woche \_\_\_\_\_

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt?  Ja Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden? Ja  Nein  Dürfen wir Sie auch anrufen? Ja  Nein

Dürfen wir Sie schriftlich über Neuigkeiten informieren? Ja  Nein

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch? \_\_\_\_\_

Interessieren Sie sich für die Möglichkeiten zum langfristigen Erhalt Ihrer Zähne? Ja  Nein

Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne wichtig ? Ja  Nein

Gern können Sie eine gezielte Beratung zu speziellen Themen erhalten.

Sprechen Sie uns einfach an oder kreuzen Sie Ihr Wunschthema an.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Karies- und Parodontosevorsorge            | <input type="checkbox"/> Hochwertige Füllungen aus Gold oder Keramik |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung               | <input type="checkbox"/> Kronen und Brücken                          |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbtaufhellungen                      | <input type="checkbox"/> Implantate                                  |
| <input type="checkbox"/> Amalgamaustausch und Alternativmaterialien | <input type="checkbox"/> Gesunde Ernährung                           |

## Für neue Patienten:

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen ?  Ja  Nein Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

Wir nehmen uns Zeit für Sie! Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir um frühzeitige Absage. Vielen Dank!

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_