



Anmeldebogen mit Allgemeinmedizinischer Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis.
Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name:.....Vorname:.....

Geburtsdatum:.....Geburtsort:

Adresse & PLZ:.....

Ist ein Recall gewünscht? ja nein wenn ja per **Mail / SMS / Brief**?.....

Telefon:.....**Mobil:**

E-Mail (bitte in Druckbuchstaben):

Arbeitgeber/Beruf...../.....

Hausarzt:

Krankenkasse: Beihilfe: Zusatzvers.:

Haben sie einen Pflegegrad:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bisheriger Zahnarzt:

	JA	NEIN
Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?	o	o
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn Ja, welche:	o	o

Herz

Koronare Herzkrankheit (Angina Pectoris)	o	o
Herzschwäche (Insuffizienz)	o	o
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)	o	o
Tragen Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator/Herzklappenersatz	o	o

Kreislauf

Erhöhter Blutdruck	o	o
Niedriger Blutdruck	o	o

!! Bitte Blatt wenden und Seite 2 ausfüllen !!



JA NEIN

Blut

Blutarmut (Anämie) JA NEIN
Blutungsneigung (z.B. Hämophilie A/B/vWS) JA NEIN
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?
(z.B. ASS, Marcumar, Eliquis, Xarelto)

Infektionserkrankungen

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A_ B_ C_) JA NEIN
HIV/AIDS JA NEIN
MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) JA NEIN

Lunge

chron. Erkr. der Atemwege (Asthma/chronische Bronchitis/usw.) JA NEIN
Tuberkulose JA NEIN

Stoffwechsel

Magen-Darm-Erkrankung JA NEIN
Diabetes (Langzeitzuckerwert HbA1c:) JA NEIN
Schilddrüsenerkrankungen JA NEIN
Nierenerkrankungen JA NEIN

Nervensystem

Epilepsie/Krampfanfälle JA NEIN
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit JA NEIN

Sonstige

Osteoporose JA NEIN
Tumorerkrankung JA NEIN
Bekommen Sie Chemotherapie /Bestrahlung? JA NEIN
Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein? JA NEIN
Künstliche Gelenke (Hüfte ect.)..... JA NEIN

Allergien

Medikamenten-Allergie?, wenn ja welche: JA NEIN
Sonstige Allergien?..... JA NEIN
Haben Sie einen Allergie-Pass? JA NEIN

Rauchen Sie ? wenn ja wie viel? JA NEIN
Besteht eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit? JA NEIN
Leiden Sie an Depression ? JA NEIN
Sind Sie Schwanger? ,wenn Ja, welcher Monat? JA NEIN

Sind sie mit der Fotodokumentation (Fotos von z.B. Kronen/Brücken/Prothesen)
einzelner Behandlungsschritte einverstanden? JA NEIN

Hüttlingen Unterschrift:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.
Des Weiteren bestätige ich, dass ich die aushängende Patienteninformation zum
Datenschutz gelesen und verstanden habe.