



Anmeldebogen mit Anamnese

Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Geschlecht

Vorname

Straße, Hausnummer

Krankenversicherung

Telefonnummer

Wer ist Ihr Hausarzt?

Ich bin auf die Praxis aufmerksam geworden durch?

Geburtsdatum

Nachname

PLZ und Ort

Versicherungsnummer

E-Mail

Wer ist Ihr

Hauszahnarzt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein
(auch Pille)?

Ja

Nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Ja

Nein

Haben Sie Zahnschmerzen?

Ja

Blutet Ihr Zahnfleisch

Ja

Sind Ihre Zähne gelockert?

Ja

Haben Sie Kiefergelenksprobleme?

Ja

Haben/hatten Sie eine der folgenden
Krankheiten?

Asthma, Bronchitis

Diabetis, Zuckerkrankheit

Hepatitis B oder C

Rheuma

Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht)

HIV-Infektion, Tuberkulose

Nierenerkrankungen

Osteoporose (Knochenschwund)

Magen-Darm Erkrankungen

Nervenerkrankungen

Krampfleiden (Epilepsie)

Grüner Star

Sonstige Krankheit, die nicht
aufgelistet ist:

Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zurzeit
noch in hausärztlicher Behandlung?

Ja

Nein

Haben Sie allergische Reaktionen (auf
Heuschnupfen, Penicillin,
Überempfindlichkeit etc.)?

Ja

Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder
Zahnziehen stärkere Blutungen auf (z.B. infolge
von Gerinnungsstörungen)?

Ja



Nein

Nein

Haben Sie Bluthoch- oder Niederdruck?

Nein

hoher Blutdruck

niedriger Blutdruck

Schlaganfall, Lähmung (ggf. wann)

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Ja

Nein

Herzinfarkt (ggf. wann)

Leiden oder litten Sie an Herzerkrankungen
(Klappenersatz, Infarkt, Herzfehler,
Endokarditis)?

Ja

Nein

Haben Sie Schilddrüsen Über- oder
Unterfunktion?

Ja

Nein

Leiden Sie unter Bluterkrankungen (z.B. Blutarmut)?

Ja

Nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich?

Wie oft rauchen Sie?

Wie oft trinken Sie Alkohol?

Wie oft nehmen Sie Drogen?

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

Ungewiss

Wir stellen Ihnen gerne einen Röntgenpass aus. Wenn Sie dieses wünschen, melden Sie sich bitte an der
Rezeption.

Möchten Sie an Kontroll- oder Prophylaxe Termine erinnert werden?

Ja

Nein

Haben Sie weitere Fragen, die Sie mit uns besprechen möchten? Gerne nehmen wir uns die Zeit
für Sie:

Ort, Datum:



Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben und spätere Änderungen dem zahnärztlichen Fachpersonal umgehend mitzuteilen.

Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass das zahnärztliche Fachpersonal meine persönlichen Kontaktdaten (Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse) benutzen darf, um mich telefonisch, schriftlich und per E-Mail zwecks Terminvergabe, Terminierung und Briefverkehr kontaktieren zu können. Ich willige auch ein, dass meine Rechnungen an die Abrechnungsdienstleistungstellen und meine zahntechnischen Arbeiten an das Labor weitergegeben werden und auch dort meine personenbezogenen Daten verarbeitet werden können (Anfertigung von Arbeiten und Rechnungslegung).

Ort, Datum:

Unterschrift von Patient:in