

## Anmeldebogen mit 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.

### Patient

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
E-Mail privat: \_\_\_\_\_

### Hauptversicherter (falls abweichend)

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Telefonnummern

Privat: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
Geschäftlich: \_\_\_\_\_

### Rechnungsadresse (falls abweichend)

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen  
Dienstes? ja  nein   
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Pflichtversichert: ja  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Allergie? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja  nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung? ja  nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja  nein

Haben Sie hohen Blutdruck? ja  nein

Haben Sie Diabetes? ja  nein

Wenn ja, wie ist ihr aktueller HbA1c Wert?: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja  nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja  nein   
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja  nein   
HIV  Hepatitis B  Hepatitis C   
Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja  nein   
Haben Sie eine Lungenerkrankung? ja  nein   
Leiden Sie unter Migräne? ja  nein   
Haben Sie grünen Star? ja  nein   
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja  nein   
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? ja  nein   
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_  
Sind Sie schwanger? ja  nein   
Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

### Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja  nein   
Sonstiger Grund \_\_\_\_\_  
In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? \_\_\_\_\_  
Haben Sie Zahnschmerzen? ja  nein   
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja  nein   
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja  nein   
Sind Ihre Zähne gelockert? ja  nein   
Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? ja  nein   
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja  nein   
Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja  nein   
Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung? ja  nein

Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten? ja  nein   
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja  nein   
Möchten Sie darüber eine Beratung? ja  nein

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

Kontrolluntersuchungen

Professionelle Zahnreinigung

Die Erinnerung wünsche ich

per Brief

per E-Mail

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Lübeck, den \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift