



## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Praxis-Team, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name

Geburtsdatum

PLZ

Telefon privat

Telefon mobil

Beruf

Hausarzt

Vorname

Straße/Hausnr.

Wohnort

geschäftlich

E-Mail

Arbeitgeber

Hauptversicherter?  ja  nein

Bonusheft?  ja  nein

(Angaben zu dem Hauptversicherten)

Name

Geburtsdatum

PLZ

Vorname

Straße/Hausnr.

Wohnort

Bonusheft vorhanden  ja  nein

Ihr Hauptanliegen beim Zahnarzt

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten?

### Herz-/Kreislaufkrankungen

- Herzinfarkt
- Erkrankungen der Herzkranzgefäße
- Rhythmusstörungen
- Schrittmacher
- Klappenersatz
- Herzfehler
- Endokarditis
- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Stent
- Herzinsuffizienz
- Sonstige .....

### Infektionskrankheiten

- HIV
- Hepatitis (A,B,C)
- TBC (Tuberkulose)
- Sonstige .....

### Leiden Sie an folgenden anderen Erkrankungen?

- Schilddrüsenerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Depressionen
- Anfallsleiden
- Schlaganfall
- Engwinkelglaukom
- Tumorerkrankungen (auch in der Vergangenheit)
- Chronische Lungenerkrankung | Asthma
- Sonstige .....



Bluterkrankungen / -gerinnungsstörungen

ja  nein Welche?

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

ja  nein Welche?

Allergien / Überempfindlichkeiten (Heuschnupfen, Asthma, bestimmte Medikamente (Penicillin), Latex, Sonstige)

ja  nein Welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Bisphosphonate, Marcumar, ASS, etc.)

ja  nein Welche?

Haben Sie einen Allergiepass?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Gelenkersatz  ja  nein

Wann wurden Sie das letzte Mal an Ihren Zähnen geröntgt?

## ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Haben Sie Zahnschmerzen?

ja  nein

Bemerkung

Blutet Ihr Zahnfleisch?

ja  nein

Haben Sie Verspannungen im Gesichts-/ Nackenbereich?

ja  nein

Haben Sie Zahnarztangst?

ja  nein

Sind Sie an  Lachgas  Narkose oder  Hypnose interessiert?

Haben Sie besondere Wünsche oder Fragen?

Bitte beachten Sie, dass eine **Injektion** zur Schmerzausschaltung die Reaktionsfähigkeit und Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen kann. In sehr seltenen Fällen können sich allergische Reaktionen bzw. ein anhaltendes Taubheitsgefühl oder Geschmacksirritationen einstellen. Die Abtretung von Forderungen an Dritte (beispielsweise Versicherungen), die aus dem Behandlungsverhältnis mit der Praxis mündduett resultieren, ist ausgeschlossen. Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte/ elektronische Gesundheitskarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Außerdem führen wir eine **Bestellpraxis**. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat, je angefangene halbe Stunde mit 80,- EURO, in Rechnung stellen (gemäß §615 BGB / Amtsgericht Fulda (Az. 34 C 120/02/D), 16.05.2002).

*Als besonderen Service bieten wir Ihnen einen unverbindlichen Erinnerungsdienst für die Kontrolluntersuchung an.*

Wünschen Sie diese Erinnerung? ja  nein  Dies können Sie jederzeit widerrufen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit deren Speicherung einverstanden.

**VIELENDANK** Ihr Praxis-Team!

Ort / Datum

Unterschrift