

## Anmeldebogen mit Anamnese

### Patient

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tel.-Nr. Privat: \_\_\_\_\_  
 Handy-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

### Hauptversicherter

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Hausarzt/ Facharzt: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  
 Beihilfeberechtigt: ja  nein   
 Pflegegrad : ja  nein   
 Eingliederungshilfe: ja  nein

### Bestehen gesundheitliche Risiken? Wenn ja, bitte ankreuzen.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>Herz / Kreislauf:</b></p> <p><input type="radio"/> Herzfehler<br/> <input type="radio"/> Angina pectoris<br/> <input type="radio"/> Herzinfarkt - wann? _____<br/> <input type="radio"/> Herzmuskelentzündung<br/> <input type="radio"/> Herzklappenentzündung<br/> <input type="radio"/> künstliche Herzklappe<br/> <input type="radio"/> Herzschrittmacher<br/> <input type="radio"/> Hoher Blutdruck<br/> <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck<br/> <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen<br/> <input type="radio"/> Herzschwäche<br/>         oder _____</p> <p><b>Gefäße:</b></p> <p><input type="radio"/> Schlaganfall - wann? _____<br/> <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen<br/> <input type="radio"/> Krampfadern<br/> <input type="radio"/> Thrombosen<br/>         oder _____</p> <p><b>Atemwege / Lunge:</b></p> <p><input type="radio"/> Asthma<br/> <input type="radio"/> Lungenentzündung<br/> <input type="radio"/> Tuberkolose<br/> <input type="radio"/> chronische Bronchitis<br/> <input type="radio"/> COPD<br/>         oder _____</p> <p><b>Leber:</b></p> <p><input type="radio"/> Gelbsucht<br/> <input type="radio"/> Leberverhärtung<br/> <input type="radio"/> Fettleber<br/> <input type="radio"/> Gallensteine<br/> <input type="radio"/> Hepatitis o A o B o C<br/>         oder _____</p> | <p><b>Nieren:</b></p> <p><input type="radio"/> Dialysepflichtigkeit<br/> <input type="radio"/> Nierenentzündung<br/> <input type="radio"/> Nierensteine<br/>         oder _____</p> <p><b>Magen, Darm:</b></p> <p><input type="radio"/> Geschwür<br/> <input type="radio"/> Sodbrennen<br/> <input type="radio"/> Refluxkrankheit<br/>         oder _____</p> <p><b>Stoffwechsel:</b></p> <p><input type="radio"/> Zuckerkrankheit<br/> <input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ I<br/> <input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ II<br/> <input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion<br/> <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion<br/>         oder _____</p> <p><b>Skelettsystem:</b></p> <p><input type="radio"/> Gelenkerkrankungen<br/> <input type="radio"/> Bandscheibenvorfälle<br/> <input type="radio"/> Multiple Sklerose<br/> <input type="radio"/> Rheuma<br/> <input type="radio"/> Fibromyalgie<br/> <input type="radio"/> Osteoporose<br/> <input type="radio"/> künstl. Gelenke<br/>         wo _____ seit _____<br/> <input type="radio"/> Bisphosphonate<br/>         oder _____</p> <p><b>Nerven / Gemüt:</b></p> <p><input type="radio"/> Krampfanfälle (Epilepsie)<br/> <input type="radio"/> Lähmungen<br/> <input type="radio"/> Depressionen<br/> <input type="radio"/> Angstzustände<br/> <input type="radio"/> Demenz<br/> <input type="radio"/> Creutzfeld Jakob<br/>         oder _____</p> | <p><b>Augen:</b></p> <p><input type="radio"/> Grüner Star<br/> <input type="radio"/> Grauer Star<br/> <input type="radio"/> Blindheit<br/>         oder _____</p> <p><b>Blut:</b></p> <p><input type="radio"/> Gerinnungsstörungen<br/> <input type="radio"/> (auch bei Blutsverwandten)<br/> <input type="radio"/> Häufiges Nasenbluten<br/> <input type="radio"/> Blaue Flecken, auch ohne Verletzung / bei leichter Berührung<br/> <input type="radio"/> Nachbluten nach Operationen<br/>         oder _____</p> <p><b>Allergie / Überempfindlichkeit:</b></p> <p><input type="radio"/> Penicillin<br/> <input type="radio"/> Heuschnupfen<br/> <input type="radio"/> Nahrungsmittel<br/> <input type="radio"/> Fruchtzucker<br/> <input type="radio"/> Medikamente<br/> <input type="radio"/> Jod<br/> <input type="radio"/> Pflaster<br/> <input type="radio"/> Latex, z.B. Luftballon, Radiergummi, Handschuhe<br/>         oder _____</p> <p><input type="radio"/> <b>Krebserkrankung:</b><br/>         Organ _____ seit _____<br/> <input type="radio"/> Chemotherapie</p> <p><b>Immunschwäche:</b></p> <p><input type="radio"/> Einnahme von Cortison<br/> <input type="radio"/> Zustand n. Organtransplantat<br/> <input type="radio"/> AIDS<br/> <input type="radio"/> MRSA Infektkrankheit<br/>         oder _____</p> |
|---|--|--|

bitte wenden ->

- sind Sie gegen Covid-19 geimpft?

ja komplett am: \_\_\_\_\_  nein

- sonstige Erkrankungen  
oder Behinderungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Abhängigkeiten:**

- Drogen  
 Alkohol  
 Rauchen

**Nehmen Sie  
gerinnungshemmende  
Medikamente?**

Dauerhaft oder in den  
letzten Tagen?

- Aspirin®  
 ASS  
 Marcumar®  
 Plavix® / Clopidogrel  
 Pradaxa®  
 Xarelto®  
 Eliquis®

oder \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig  
Medikamente?**

- Blutdruckmedikamente  
 Herzmedikamente  
 Schmerzmittel  
 Antibabypille  
 Psychopharmaka  
 Antidiabetika

oder \_\_\_\_\_

**Sind Sie schwanger?**

- Welche Woche? \_\_\_\_\_

Haben sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Hatten sie Operationen? Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig / z. Zt. ein?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurden im letzten halben Jahr Röntgenbilder von den Zähnen angefertigt? Wenn ja, wo?

\_\_\_\_\_

Möchten Sie an unserem Erinnerungsservice / Recall für die 1/2jährliche zahnärztliche Untersuchung und die Professionelle Zahnreinigung/ Prophylaxe teilnehmen?

Dann geben Sie uns bitte, falls vorhanden, oben auch Ihre Email-Adresse an.

\_\_\_\_\_  
«heute», Unterschrift für Recall

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben, sowie alle Informationen verstanden zu haben.

\_\_\_\_\_  
«heute», Unterschrift

**zur Information:**

„Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 48 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.“