

# Anmeldebogen

**Herzlich willkommen in unserer Praxis**

<b>Patient</b>			
Vorname	Name	Geburtsdatum	Geburtsort
<b>Versicherter (falls abweichend von Patient)</b>			
Vorname	Name	Geburtsdatum	
<b>Adressdaten</b>			
Festnetztelefon	Mobiltelefon	Email	
Strasse		PLZ	Ort
<b>Zur Erreichbarkeit am Arbeitsplatz</b>			
Beruf	Arbeitgeber		Telefon
<b>Angaben zur Krankenversicherung</b>			
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> gesetzliche Kasse	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	
	<input type="checkbox"/> Privatkasse	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne. Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

<b>Herz-Kreislauf- Erkrankungen:</b>	Angeborene oder erworbene Herzfehler .....	ja	nein
	Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endokarditis (Endokarditisprophylaxe) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzoperationen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haben Sie einen Herzschrittmacher? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haben Sie einen Herzpass? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haben Sie zu hohen Blutdruck? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente (z.B. Marcumar <input type="checkbox"/> , Clopidogrel <input type="checkbox"/> , Plavix <input type="checkbox"/> , Ass <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutgerinnungsstörung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Vegetative Erkrankungen:</b>	Ohnmachtsanfälle .....	ja	nein
	Nehmen Sie Tranquilizer oder Beruhigungsmittel (Valium o.ä.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Stoffwechsel- erkrankungen:</b>	Diabetes(Zuckerkrankheit) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	nein
	Schilddrüsenerkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Nierenerkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>Anfallsleiden:</b>	Epileptiforme Anfälle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	nein
	Sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>Allergien:</b>	Asthma / Lungenerkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	nein
	Heuschnupfen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Penicillin - Überempfindlichkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Besitzen Sie einen Allergiepass? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>Infektions- krankheiten:</b>	Wurden Sie auf Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> oder HIV <input type="checkbox"/> getestet? (Bitte ankreuzen) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	nein
	Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>Weitere Angaben:</b>	Besteht eine Schwangerschaft?: Woche <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	nein
	Augenerkrankungen (z.B. Grüner Star) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Osteoporose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Rheuma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Bisphosphonate .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Sind Sie Raucher? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sind Sie wegen dieser oder anderer Krankheiten in ärztlicher Behandlung, so nennen Sie uns bitte Name und Adresse des behandelnden Arztes:

.....

Waren Sie regelmäßig bei der Zahnreinigung bzw <b>Prophylaxe</b> ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	nein
--	--------------------------	--------------------------	----	------

Möchten Sie ins <b>Recallsystem</b> aufgenommen werden? (Telefon <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Erinnerungskarte <input type="checkbox"/> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
--	--------------------------	--------------------------	--	--

Sind bereits <b>Komplikationen</b> bei zahnärztlicher Behandlung oder örtlicher Betäubung (Spritze) aufgetreten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
--	--------------------------	--------------------------	--	--

Welche **Medikamente** nehmen Sie ständig ein? .....

Was ist Ihr **Hauptanliegen**? .....

Meine Praxis wurde Ihnen empfohlen von: .....

### Hinweise für den Behandlungsverlauf:

Falls Sie während der Behandlung bei uns zur Schmerzausschaltung eine Injektion erhalten, ist Ihre Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden eingeschränkt. Wir bitten Sie, dies zu beachten.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir in der für Sie reservierten Zeit vollauf und in Ruhe zu Ihrer Verfügung stehen wollen. Das bedeutet aber auch, dass - wenn Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können - spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da sonst die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden kann (Bundesgebührenordnung Ä III/2c).

Ihre Krankenversichertenkarte (KVK) ist Abrechnungsgrundlage für die bei uns durchgeführte Behandlung. Sie sollten daher bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn Ihre KVK bei uns abgeben haben, da sonst die Behandlung privat in Rechnung gestellt wird.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten mit EDV gespeichert werden. Ich verpflichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, dem behandelnden Arzt mitzuteilen.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift