

Anmeldeformular

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, daß Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen auszufüllen. Bei eventuellen Rückfragen helfen wir Ihnen gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit. Vielen Dank.

I. Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		
Telefon privat	beruflich	
E-Mail		
Beruf	Arbeitgeber	

II. Versicherter

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		
Krankenkasse	Versicherungsnummer	
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
Ihr Hausarzt	Telefon	
Sind Sie bei einem Facharzt in Behandlung?		
Name, Anschrift	Telefon	

III. Medizinische Befunderhebung

1. Liegen oder lagen Erkrankungen vor an

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a. Herz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b. Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c. Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| d. Lunge (Asthma u.a.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| e. Leber | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| f. Niere | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

2. Leiden Sie an

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a. Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b. Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c. Rheumatischen Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| d. Infektionskrankheiten
(Tbc, AIDS, Hepatitis u.a.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| e. Medikamentenunverträglichkeit
(z.B. Penicillin-Allergie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Welche Medikamente nehmen Sie?

Anmeldeformular

3. Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen?
(z.B. Marcumar, Aspirin?) ja nein
4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
5. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Wenn ja: _____ Woche
6. Zahnärztliche Befunderhebung
- a. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein
 - b. Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein
 - c. Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack? ja nein
 - d. Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen? ja nein
 - e. Knirschen Sie beim Schlafen mit den Zähnen? ja nein
 - f. Sind Sie in letzter Zeit im Kopfbereich geröntgt worden? ja nein
7. Gab es Zwischenfälle bei zahnärztlicher Behandlung?
(Übelkeit, Ohnmacht, allergische Reaktionen u.a.) ja nein
8. Wünschen Sie eine besondere Beratung über
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Karies- und Parodontoseprophylaxe | <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung | <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnheilkunde (z.B. Bleichen) |
| <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung | <input type="checkbox"/> Naturheilkundliche Behandlungsmethoden |
| <input type="checkbox"/> Quecksilberentgiftung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
-
-
9. Möchten Sie, daß wir Sie alle 1/2 Jahre an die nächste Kontrolluntersuchung erinnern?
 ja nein
10. Ist Ihnen unsere Praxis empfohlen worden? ja, von
-