



# ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

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

Auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Wir bitten Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Gerne stehen wir Ihnen für Fragen zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihr Entgegenkommen.

Ihr Praxisteam  
Zahnarztpraxis Doreen Kuprian

## INFORMATIONEN ZUR PATIENTIN / ZUM PATIENT

### Patient/-in

Name
Vorname
Geburtstag
Beruf
Straße, Nr.
PLZ, Ort
Telefon (Festnetz)
Telefon (Mobil)
E-Mail

### Versicherter/-e (wenn **nicht** identisch mit Patient)

Name
Vorname
Geburtstag
Beruf
Straße, Nr.
PLZ, Ort
Telefon (Festnetz)
Telefon (Mobil)
E-Mail

### Wer ist Ihr/e behandelnde/r Hausarzt/Hausärztin?

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

## ANGABEN ZUR KRANKENKASSE / VERSICHERUNG

Name der Krankenkasse/Versicherung

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- |                          |   |                          |                    |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Gesetzlich versichert                           | <input type="checkbox"/> | Beihilfeberechtigt |
| <input type="checkbox"/> | Privat versichert ( <b>nicht</b> im Basistarif) | <input type="checkbox"/> | Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> | Privat versichert (im Basistarif)               |                          |                    |

## FRAGEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- Leiden Sie unter Zahnschmerzen?
- Blutet Ihr Zahnfleisch?
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?
- Pressen oder Knirschen Sie mit den Zähnen?
- Leiden Sie an Kiefergelenksbeschwerden?
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?
- Leiden Sie unter Mundgeruch?

## FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT IM ALLGEMEINEN

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Herz-/ Kreislauferkrankungen

- |                          |                                  |                          |                                |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt                      | <input type="checkbox"/> | hoher Blutdruck                |
| <input type="checkbox"/> | Herzschrittmacher                | <input type="checkbox"/> | niedriger Blutdruck            |
| <input type="checkbox"/> | Endokarditis                     | <input type="checkbox"/> | Rhythmusstörungen              |
| <input type="checkbox"/> | Stent                            | <input type="checkbox"/> | Herzfehler                     |
| <input type="checkbox"/> | Erkrankungen der Herzkranzgefäße | <input type="checkbox"/> | Sonstige: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Klappenersatz                    |                          |                                |

Infektionskrankheiten

- |                          |                   |                          |                                |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | HIV               | <input type="checkbox"/> | Creutzfeldt-Jakob (CJD)        |
| <input type="checkbox"/> | Hepatitis (A,B,C) | <input type="checkbox"/> | Varianten von CJD              |
| <input type="checkbox"/> | Tuberkulose       | <input type="checkbox"/> | Sonstige: <input type="text"/> |

### Leiden Sie unter folgenden anderen Erkrankungen?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Osteoporose                    |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen         | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen           |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall              | <input type="checkbox"/> Grüner Star                    |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen         | <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/> |

### Bluterkrankungen/ Gerinnungsstörungen

- |                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> nein | Welche?              |

### Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

- |                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> nein | Welche?              |

### Allergien/ Überempfindlichkeiten (z.B. Heuschnupfen, Asthma, bestimmte Medikamente (z.B. Penicillin), Latex)

- |                               |                      |                          |
|-------------------------------|----------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> nein | Welche?              | Allergiepass vorhanden?  |

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

- |                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> nein | Welche?              |

### Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

### Rauchen Sie?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

### Besteht eine Schwangerschaft?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

### Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

- |                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
|                      | Röntgenpass vorhanden? |

## UNSER SERVICE FÜR SIE

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie in unser Vorsorge-system aufzunehmen. **Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?**

per Post       per E-Mail       per SMS

**Dürfen wir Ihnen Praxisinformationen übersenden?** Wenn ja, auf welchem Wege?

per Post       per E-Mail       per SMS

Modelle, die wir von Ihnen herstellen, unterliegen dem Datenschutz.

**Dürfen wir diese an unser Deutsches Meisterlabor weiterleiten?**

ja       nein

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Empfehlung       Google       Jameda  
 Telefon-/ Branchenbuch       Sonstige:

## PLATZ FÜR IHRE ANREGUNGEN UND WÜNSCHE

.....  
.....  
.....  
.....

### Wichtige Informationen

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualität braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht wenigstens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat in Rechnung stellen müssen. Bitte informieren Sie uns umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden haben, alle Angaben vollständig und richtig sind und Sie einer Speicherung ihrer persönlichen Daten zustimmen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient(in) und Zahlungspflichtige(r) / Erziehungsberechtigte(r)