

## Anmelde- und Anamnesebogen

Name, Vorname

Name, Vorname des Hauptversicherten/Mitglieds

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Geburtsname

Geburtsort

\_\_\_\_\_

Strasse

Strasse/PLZ / Wohnort

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort

Telefon (privat) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon (mobil) \_\_\_\_\_

Beruf / Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Telefon (dienstlich) \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Haben Sie ein Bonusheft ?  ja  nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?  ja  nein

### Weshalb kommen Sie zur Behandlung?

Kontrolle  ja  nein

Professionelle Zahnreinigung  ja  nein

Andere Gründe: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Legen Sie bei zahnärztlicher Behandlung besonderen Wert auf örtliche Betäubung?  ja  nein

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? \_\_\_\_\_

Wann wurden die letzten zahnärztlichen Röntgenaufnahmen angefertigt?

\_\_\_\_\_

War die letzte Behandlung abgeschlossen?  ja  nein

Viele Erkrankungen können Auswirkungen auf eine zahnärztliche Behandlung oder auf Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen haben.

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**

**Allergien bzw. Unverträglichkeit:**

Lokalanästhesie/Spritze  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  
Sonstiges  ja  nein

**Infektiöse Erkrankungen:**

AIDS/HIV  ja  nein  
Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein

**Herz-/Kreislaufkrankungen:**

Bluthochdruck  ja  nein  
Herzklappenfehler  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
Endokarditis \*  ja  nein  
\*(Entzündung der Herzinnenhaut)  
Herzoperation  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein

Anfallsleiden(Epilepsie)  ja  nein  
Asthma/Lungenerkrankungen  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Diabetes/Zuckerkrankheit  ja  nein  
Drogenabhängigkeit  ja  nein  
Nierenerkrankung  ja  nein  
Bisphosphonate  ja  nein  
MRSA (Multiresistenter Keim)  ja  nein  
Creutzfeldt-Jakob -Krankheit  ja  nein

**Besteht eine Schwangerschaft?**

nein  ja \_\_\_\_\_ Woche:

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?**

**Hinweis:**

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten, bzw. mit der Weitergabe an einen etwaigen Praxisnachfolger oder Partner einverstanden.

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

**Für gesetzlich Versicherte:**

Ich bin darüber informiert, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern nicht innerhalb von 10 Tagen eine elektronische Versichertenkarte einer gesetzlichen Krankenkasse vorliegt.

Karlsruhe, den .....

Unterschrift .....

1. Sind Änderungen aufgetreten?  ja  nein

Wenn ja , welche ? \_\_\_\_\_

Karlsruhe, den .....

Unterschrift .....

2. Sind Änderungen aufgetreten?  ja  nein

Wenn ja , welche ? \_\_\_\_\_

Karlsruhe, den .....

Unterschrift .....

3. Sind Änderungen aufgetreten?  ja  nein

Wenn ja , welche ? \_\_\_\_\_

Karlsruhe, den .....

Unterschrift .....