

Anmeldebogen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ / Wohnort :

Beruf:

Telefon:

Mobil:

Fax :

e-mail:

Beihilfeberechtigt:

Mein Hauptanliegen ist:

Ich komme auf Empfehlung von:

Meine letzte Zahnbehandlung war:

Haben Sie Schmerzen an den Zähnen?

Ja	Nein
----	------

Haben Sie Schmerzen am Zahnfleisch?

Ja	Nein
----	------

Leiden Sie unter Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen?

Ja	Nein
----	------

Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem?

Ja	Nein
----	------

Möchten Sie regelmäßig an die Zahnpflege erinnert werden?

Ja	Nein
----	------

Gesundheitsfragebogen

Name, Vorname		
	Ja	Nein
Vertragen Sie bestimmte Medikamente oder andere Materialien nicht? (evtl. Allergiepaß vorhanden?) Wenn ja welche?		
Benötigen Sie ständig Medikamente? Wenn ja welche?		
Haben oder hatten Sie eine Herz- Kreislaferkrankung (Infarkt, Endokarditis, hoher/ niedriger Blutdruck, Schrittmacher)? Wenn ja welche?		
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung der Blutgefäße (Durchblutungsstörung, Thrombose, Gerinnungsstörung)? Wenn ja welche?		
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung der Atemwege (Asthma, chron. Bronchitis, Tuberkulose)? Wenn ja welche?		
Haben oder hatten Sie eine Stoffwechselerkrankung (Diabetes, Schilddrüse, Bauchspeicheldrüse)? Wenn ja welche?		
Haben oder hatte Sie eine Erkrankung innerer Organe (Hepatitis, Galle, Magen) Wenn ja welche?		
Haben oder hatten Sie Rheuma?		
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung der Haut / Schleimhäute (Allergie, Herpes)? Wenn ja welche?		
Haben oder hatten Sie eine Infektionserkrankung? Wenn ja welche?		
Haben oder hatten Sie sonstige ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja welche?		
Für weibliche Patienten: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? (Welcher Schwangerschaftsmonat?)		
Bitte nenne Sie uns Ihren Hausarzt:		

Wichtiger Hinweis:

Betäubungsmittel zur Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) können die allgemeine Verkehrstüchtigkeit (Auto, Motorrad, usw.) über mehrere Stunden einschränken!

Vielen Dank, das Sie alle Fragen sorgfältig beantwortet haben. Sollte das Ausfüllen des Bogens Ihnen bei irgend einem Thema Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns darauf an. Je besser informiert wir sind, um so besser können wir Sie behandeln.

Datum, Unterschrift des Patienten (bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)