



Anmeldebogen

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen in Ihrem Interesse sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Personalien

Name/Vorname		Geburtsdatum
Versicherungsnehmer	Versicherung	
Anschrift		
Anschrift		Telefon
Mobil	E-Mail	
Arbeitgeber	Beruf	

Allgemeinmedizinische Anamnese

Bitte ausfüllen oder ankreuzen

Sind sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Behandelnder Arzt

Wegen welcher Erkrankung?

Herzerkrankungen

	Ja	Nein
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrhythmien (unregelmäßiger Herzschlag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris, Herzasthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene oder erworbener Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kreislaufkrankungen

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt oder Zustand nach Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall oder Zustand nach Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stoffwechselerkrankungen

	Ja	Nein
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionskrankheiten

	Ja	Nein
Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bluterkrankungen

	Ja	Nein
Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien

	Ja	Nein
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige

Weitere Erkrankungen

	Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatoide Erkrankung (Arthritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie oder Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<input type="text"/>	

	Ja	Nein
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<input type="text"/>	

Weitere Angaben

	Ja	Nein	
Für Frauen: Sind Sie zurzeit schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="text"/>		
Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?	<input type="text"/>		
An welchem Körperteil?	<input type="text"/>		
Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht mehr <input type="checkbox"/>
Seit wievielen Jahren nicht mehr?	<input type="text"/>		
Wenn ja: Rauchen Sie mehr als 10 Zigaretten pro Tag?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Zahnärztliche Anamnese

Was ist der Anlass für Ihren heutigen Zahnarztbesuch?

Kiefergelenke

	Ja	Nein
Schmerzen an Kiefergelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen an Kaumuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen bei Mundöffnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parodontitis

	Ja	Nein
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie empfindliche Zahnhälse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat sich die Zahnstellung wider Erwarten nochmals verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ästhetik

	Ja	Nein
Wie wichtig ist Ihnen die Ästhetik Ihrer Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht so wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefällt Ihnen Ihr Lachen/Ihre Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teilnahme am Straßenverkehr:

Spritzen zur lokalen Schmerzausschaltung, sowie Schmerz- und Beruhigungsmedikamente können die Reaktionsfähigkeit und damit die Sicherheit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Sie sollten deshalb in Ihrem und im Interesse Ihrer Mitmenschen auf eine Teilnahme am Straßenverkehr für mindestens 3 Stunden verzichten.

Wünschen Sie über unser Prophylaxeprogramm und die Vorsorge von Erkrankungen informiert zu werden? Ja Nein

Erklärung:

Die unmittelbare Abrechnung der Leistungen mit dem Erbringer der Leistung (Zahnarzt) durch meine Krankenversicherung wird hiermit ausdrücklich ausgeschlossen.

Ich habe diesen Anmeldebogen gelesen und verstanden. Zu meiner näheren Information hatte ich Gelegenheit Fragen zu stellen. Ich verpflichte mich Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, dem behandelnden Arzt mitzuteilen. Vielen Dank für Ihre Angaben.

Frankfurt, den

Unterschrift: