

Zahnarztpraxis Olga Walter

Anmeldebogen mit Anamnese

Liebe/r Patient/in, schön, dass Sie bei uns sind! Ihre Gesundheit ist uns wichtig!

Patient:	<input type="checkbox"/> selbst versichert oder versichert mit	<input type="checkbox"/> Ehemann	<input type="checkbox"/> Ehefrau	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter
Name, Vorname:	_____	Name, Vorname:	_____		
Geburtsdatum:	_____	Geburtsdatum:	_____		
Geburtsort:	_____	Geburtsort:	_____		
Adresse:	_____	Adresse:	_____		
Telefon privat:	_____	Rechnung an	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Versicherter	<input type="checkbox"/> andere
Büro:	_____	Name, Vorname:	_____		
Mobil:	_____	Adresse:	_____		
E-Mail-Adresse:	_____				
Beruf:	_____				
Krankenkasse:	_____	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat		

Bestehen gesundheitliche Risiken (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Allergien/ Unverträglichkeiten

Antibiotikaallergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Latexallergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere Allergien	<input type="checkbox"/> ja, welche _____				<input type="checkbox"/> nein

Liegen weitere Erkrankungen vor?

HIV (Aids)						
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hepatitis (A/B/C)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2	<input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Grüner Star	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Sonstiges

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	_____
Sonstige Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	_____
Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	_____
Benötigen Sie vor zahnärztlichen Behandlungen eine Endokarditisprophylaxe?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Werden/wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann?	_____
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, in welcher Woche?	_____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wieviel/Tag?	_____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zahnersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	unsichtbare Keramikfüllungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Veneers	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnaufhellung (Bleaching)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zahnfleischbluten/Mundgeruch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnästhetik/Kosmetik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Kiefergelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Implantate	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Beratung:	_____	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Erinnerung: Wie wünschen Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert zu werden?

Telefonisch E-Mail per Post

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter

Ort und Datum