

# ANMELDUNG

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir über Ihre Wünsche sprechen, benötigen wir Ihre Personalien und Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand.

### Bestellpraxis

Wir führen eine Bestellpraxis; das bedeutet, dass für Sie keine oder nur kurze Wartezeiten entstehen. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen anderenfalls die nur für Sie reservierte Behandlungszeit in Rechnung gestellt werden kann.

Bitte **vollständig** ausfüllen:

---

Name, Vorname Patient	Geburtsdatum
-----------------------	--------------

---

Name, Vorname des Versicherten/Rechnungsempfängers)	Geburtsdatum
---	--------------

---

Postanschrift	PLZ, Ort	e-mail-Adresse
---------------	----------	----------------

---

Tel. privat/tagüber	mobil	Beruf
---------------------	-------	-------

---

Krankenkasse/Versicherung	Zusatzvers.	Beihilfe	Besonderheiten
---------------------------	-------------	----------	----------------

**Weshalb kommen Sie zu uns?**

---

**Wer hat Sie uns empfohlen?**

---

Beantworten Sie bitte auch die Fragen zum Gesundheitszustand auf der Rückseite. Denken Sie bitte daran, uns auch über Änderungen zu unterrichten.

Geben Sie bitte in den freien Zeilen Erläuterungen zu Ihren Eintragungen:

<b>Allgemeine Anamnese:</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	
Herz/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Raucher (was, wieviel...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher/niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma, Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Typ 1/2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen (Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Infektanfälligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Frühere Operationen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst vor der Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Blutgerinnung verlängert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wofür, wogegen? _____			

Ergänzungen, Erläuterungen: \_\_\_\_\_

**Zahnärztliche Anamnese/Fragen:**

	<b>Ja</b>	<b>nein</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>
<b>Zahnfleischbluten.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Metallgeschmack</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mundgeruch</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Kopfschmerzen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nackenschmerzen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Aufbißschiene</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung (Klammer, Spange)?  ja  nein

Ergänzungen, Erläuterungen: \_\_\_\_\_

**Weshalb wünschen Sie einen Termin?**

- nur Vorsorge
- Prophylaxebehandlung
- Ich knirsche mit den Zähnen
- umweltzahnmedizinische Beratung und Behandlung
- Behandlung unter Lachgassedierung
- \_\_\_\_\_

Wünschen Sie, dass vor Behandlungsbeginn ein umweltzahnmedizinischer Allergie- oder Verträglichkeitstest auf zahnärztliche Materialien durchgeführt wird? ja  nein

**Was sollten wir sonst noch über Sie wissen?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wünschen Sie eine spezielle Beratung?**

\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Angaben. Teilen Sie uns bitte vor einer späteren Behandlung mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.