

# ANMELDUNG

---

Patient: Name Vorname Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon/Telefax

---

Versicherter: Name Vorname Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon/Telefax

---

e-mail

---

Krankenkasse\*) / Krankenversicherung

Hausarzt / Ort

---

Beruf Arbeitgeber Telefon

---

Empfohlen durch

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.  
Den Gesundheitsfragebogen auf der Rückseite habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt.

## Grund des Zahnarztbesuches

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten, Mundgeruch
- Kopf-Nackenschmerzen
- Kiefergelenksknacken, Gelenk- oder Kaumuskelschmerzen
- Metallgeschmack
- Amalgamsanierung
- Naturheilkundliche Behandlung

---

Datum, Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Bitte wenden!

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte

beigefügt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie zu hohen Blutdruck?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Angeborene oder erworbene Herzfehler                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Herzoperationen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Sonstiges: _____                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Haben Sie einen Herzschrittmacher?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>– Haben Sie einen Herzpaß? ausgestellt von: _____</b> |                          |                          |

4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen? Wann?

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| – Zuckerkrankheit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Erkrankungen des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Allergien (z.B. Heuschnupfen)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – welche _____  |                          |                          |
| – Schilddrüsenerkrankung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Asthma Lungenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Nervenerkrankungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Lebererkrankung / Gelbsucht   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Rheuma / rheumatisches Fieber   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Nierenerkrankung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Osteoporose<br>Medikamente _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Tumorerkrankung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| – Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Magen-Darmerkrankung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Immunschwäche (AIDS)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar ASS, Aspirin)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?<br>Falls ja, welche: _____                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bestehen z.Zt. sonstige Erkrankungen?<br>Wenn ja, welche: _____                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?<br>_____<br>_____                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Medikamente in den letzten 12 Monaten

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. Hatten Sie Reaktion auf Spritzen?<br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Für Patientinnen: Können Sie eine Schwangerschaft ausschließen?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?<br>Datum (ungefähr) _____<br>Organ: _____      |                          |                          |

**Bitte informieren Sie uns vor jeder Behandlung, wenn sich inzwischen Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Medikamenteneinnahme ergeben haben. Lassen Sie sich diesen Bogen wieder vorlegen, wenn Sie die Fragen bei einer späteren Behandlung nicht mehr vollständig in Erinnerung haben.**

## Straßenverkehrsfähigkeit

Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Dies gilt für einen Zeitraum von 2-3 Stunden nach der Einnahme bzw. Spritze.