

## Anmeldebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinische Behandlung unterhalten, benötigen wir neben allgemeinen Angaben auch Informationen über den Gesundheitszustand. Dies ist wichtig, da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können.  
Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht unserer Praxis.

### Name des Patienten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

### Name des Versicherten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

Telefonnummer mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### **Auf wessen Empfehlung kommen Sie?**

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?** \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Zahnbehandlung? \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie das letzte Mal beim Zahnarzt geröntgt? \_\_\_\_\_

Haben Sie des Öfteren Zahnfleischbluten?  Ja  Nein

Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden?  Ja  Nein

Sind Sie mit der Ästhetik / Farbe Ihrer Zähne zufrieden?  Ja  Nein

Sind Sie mit dem Aussehen und der Funktion Ihrer Zähne / Zahnersatzes zufrieden?  Ja  Nein

### Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Kariesvermeidung                | <input type="radio"/> Zahnfleischentzündung     |
| <input type="radio"/> Zahnfarbene Füllungsmaterialien | <input type="radio"/> Zahnersatz                |
| <input type="radio"/> Implantate                      | <input type="radio"/> Ästhetische Zahnheilkunde |
| <input type="radio"/> Prophylaxe                      | <input type="radio"/> Kieferorthopädie          |



### Allgemeine und zahnärztliche Anamnese

#### Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Herzerkrankungen Welche? \_\_\_\_\_
- Kreislauferkrankung Welche? \_\_\_\_\_
- Bluterkrankungen/Blutungsneigung Welche? \_\_\_\_\_
- Infektionskrankheiten Welche? \_\_\_\_\_  
(z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)
- Krampfanfälle / Epilepsie       Diabetes       Rheuma       Glaukom („Grüner Star“)
- Sonstige Krankheiten \_\_\_\_\_
- Allergien Welche? \_\_\_\_\_
- Schnarchen Sie?
- Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?**
- \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?       Ja       Nein

Rauchen Sie?       Ja       Nein

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen oder Alkohol?       Ja       Nein

**Für Patientinnen:** Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft?       Ja       Nein

Möchten Sie an Ihre jährlichen Kontrolltermine erinnert werden (Recall)?

Ja       Nein

Nach EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. In unserem Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ erhalten Sie alle erforderlichen Informationen. Sollten Sie darüber hinaus gehende Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Ich habe die Informationen gelesen und bin damit einverstanden. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass die notwendigen Behandlungen nach Absprache mit meinem Behandler durchgeführt werden.

Datum \_\_\_\_\_      Unterschrift \_\_\_\_\_

Die von uns durchgeführten Maßnahmen sind medizinisch notwendig, andernfalls sind es Wunschbehandlungen (§1 GOZ) oder Verlangensleistungen (§2, Abs. 3 GOZ), die mit Ihnen vorher vereinbart werden und als solche in der Liquidation gekennzeichnet sind. Privatpatienten seien darauf hingewiesen, dass diese Leistungen von den privaten Versicherungen möglicherweise nicht in vollem Umfang erstattet werden.

Ich habe diese Informationen gelesen und verstanden.

Datum \_\_\_\_\_      Unterschrift \_\_\_\_\_

