

## Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

Sie sind uns wichtig! Für eine adäquate und risikoarme Behandlung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Anmelde- und Anamnesebogens.

Natürlich unterliegen Ihre Daten und Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt. Vielen Dank!

### Ihre Patientendaten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Ihre Krankenversicherungsdaten (zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen):

gesetzlich versichert bei: \_\_\_\_\_

pflichtversichert

freiwillig versichert

private Zahnzusatzversicherung

privat versichert bei: \_\_\_\_\_

Basis-/Standardtarif

beihilfeberechtigt

### Hauptversicherte/-r (Name, Geburtsdatum, Anschrift):

\_\_\_\_\_

Die Rechnung an den Patienten.

Die Rechnung an den Hauptversicherten.

### Ihre persönlichen Gesundheitsangaben (zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen):

Herz- / Kreislaufkrankungen

Herzschrittmacher / künstlicher Herzklappenersatz

hoher / niedriger Blutdruck

Blutgerinnungsstörungen / blutverdünnende Medikamente?

HIV

Hepatitis A, B, C

Tuberkulose

Lungenerkrankung (z.B. Asthma)

Diabetes (welcher Typ ?)

Asthma

Schilddrüsenerkrankung

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung

Glaukom (grüner Star)

Nierenerkrankung

psychische Erkrankung

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie, Migräne)

Liegen Allergien oder Überempfindlichkeiten gegen bestimmte Medikamente vor? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

auf der nächsten Seite geht es weiter....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

---

Liegen sonstige Allgemeinerkrankungen vor? Wenn ja, welche?

---

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel und seit wann?

---

Leiden Sie unter einer Drogen- oder Alkoholabhängigkeit?

---

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja in welcher Woche?

---

**Was ist der Grund ihres Besuchs bzw. haben Sie einen Beratungswunsch?** (zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Routineuntersuchung   | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen                      | <input type="checkbox"/> Zahnfleischprobleme  |
| <input type="checkbox"/> Parodontitis  | <input type="checkbox"/> Mundgeruch                         | <input type="checkbox"/> empfindliche Zähne   |
| <input type="checkbox"/> Zahnverschiebungen  | <input type="checkbox"/> Zahnlockerung(en)                  | <input type="checkbox"/> Wurzelentzündung(en) |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz  | <input type="checkbox"/> professionelle Zahnreinigung       | <input type="checkbox"/> Zahnimplantate       |
| <input type="checkbox"/> Zahnbehandlung unter Hypnose  | <input type="checkbox"/> Aufhellung Ihrer Zähne (Bleaching) | <input type="checkbox"/> Amalgamausleitung    |
| <input type="checkbox"/> Amalgamaustausch unter besonderem Schutz                                    |   |   |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Geräusche in den Kiefergelenken, knirschen oder pressen Sie? |   |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige Gründe: _____  |   |   |

**Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?** (zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen | <input type="checkbox"/> Schmerzempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Würgereiz                              | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____       |

**Was können wir für Sie tun, damit Sie sich besonders wohl bei uns fühlen, bzw. was haben Sie beim Zahnarztbesuch bisher vermisst?**

---

**Liegen aktuelle Röntgenbilder Ihrer Zähne / Ihres Kiefers vor? Wenn ja, wann wurden diese Aufnahmen von welchem Kollegen angefertigt?**

---

**auf der nächsten Seite geht es weiter....**

**Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?**

---

**Welche Aussagen treffen auf Sie zu?**

- Ich erachte eigene Zähne für ein ganzes Leben erstrebenswert.       Mir ist die Gesundheit meines Kausystems wichtig.  
 Es sollen nur dringend notwendige Probleme beseitigt werden.       Ich gehe erst zum Zahnarzt wenn Schmerzen auftreten.

**Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?**

---

**Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung?**

---

**Wurde bei Ihnen schon mal eine „Parodontosebehandlung“ durchgeführt? Wenn ja, wann?**

---

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden, bzw. wer hat uns empfohlen?**

---

**Wir sind eine Bestellpraxis und versuchen die Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten. Sollte es Ihnen nicht möglich sein Ihren Termin einzuhalten, möchte wir Sie bitten, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.**

**Bei wiederholtem, unentschuldigtem Nichteinhalten Ihres Termins behalten wir uns vor, Ihnen eine Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und Daten. Ich bin mit der oben genannten Regelung einverstanden.**

Ort, Datum:

Unterschrift des Patienten:

---

Ich bin einverstanden per SMS oder E-Mail an an meine Termine erinnert zu werden.

Ort, Datum:

Unterschrift des Patienten:

---