

## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname des Patienten	geb. am	Beruf
Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Beruf
Postleitzahl, Wohnort	Straße, Hausnummer	
Telefon/Mobil	E-Mail	
Krankenkasse		
Überweisender Zahnarzt/Arzt	Hausarzt/Kinderarzt	

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Die Beantwortung ist wichtig für die Erkennung und Behandlung Ihrer Erkrankung (Zutreffendes bitte ankreuzen).

### ANLASS IHRES BESUCHES

1	Haben Sie Schmerzen im Hals-, Kopf- oder Mundbereich? Wenn ja, wo? Seit wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2	Sonstige Gründe Ihres Besuches (z. B. Prophylaxe, Vorsorge, ...)	

### ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

3	Leiden Sie an Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4	Wenn Sie nicht wesentlich an Mundgeruch leiden, möchten Sie darauf hingewiesen werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5	Leiden Sie an Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6	Leiden Sie an Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### ALLGEMEINE ANAMNESE

7	Allergien (Überempfindlichkeiten) gegenüber Medikamenten (z. B. Penicillin) Welche Stoffe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8	Bluterkrankheit (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10	Gerinnungshemmende Mittel (ASS, Godamed, Plavix, Marcumar, Heparin, ...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11	Herzkrankheiten (Herzschwäche, Herzklappenersatz, Endokarditis, Infarkt) Nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12	Infektionskrankheiten (z. B. HIV, Tuberkulose, Hepatitis A, B oder C)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

13	Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14	Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15	Ohnmachtsneigung, niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17	Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18	Sonstige Krankheiten (Leber, Niere, Darm, Schilddrüse, Osteoporose...) Nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19	Suchtkrankheiten: Trinken Sie regelmäßig Alkohol/Nehmen Sie Drogen? Wenn ja, wieviel/welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21	Werden Sie zur Zeit ärztlich behandelt? Bei wem?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
22	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**RAUCHEN SIE?**

ja  nein

Wie wichtig wäre es Ihnen rauchfrei zu sein?

nicht wichtig  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 sehr wichtig

**SONSTIGE ANGABEN** \_\_\_\_\_

**BITTE BEACHTEN SIE**

1. Nach den Bestimmungen der Krankenkassen muss die Krankenversicherungskarte bei Behandlungsbeginn vorgelegt werden. In Notfällen kann sie innerhalb einer Woche nachgereicht werden, ansonsten erklären Sie sich damit einverstanden, dass eine Privatliquidation erfolgt.
2. Unsere Praxis wird nach einem „Bestellsystem“ geführt. Für Sie reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine bzw. daraus entstehende Kosten können Ihnen in Rechnung gestellt werden.
3. Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze nicht mehr fahrtauglich sein können.
4. Teilen Sie uns bitte Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor der nächsten Behandlung mit.

**FÜR PRIVATVERSICHERTE PATIENTEN**

Eine Erstattung der vereinbarten Vergütung durch Versicherungen, Beihilfestellen, etc. ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich erkläre mich hiermit bereit, den nicht erstattungsfähigen Beitrag privat zu bezahlen.

Sind Sie nach dem neuen, seit 01.01.2009 geltenden sog. „Basistarif“ versichert?

ja  nein

DATUM

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN ODER DES GESETZLICHEN VERTRETERS