

Anmeldebogen mit Anamnese (Krankengeschichte)

| | |
|------------------------|---|
| Name: _____ | Krankenkasse: _____ |
| Vorname: _____ | Wenn nicht selbst versichert, wer ist der Versicherte? |
| Geburtsdatum: _____ | Name: _____ |
| Adresse: _____ | Vorname: _____ |
| _____ | Geburtsdatum: _____ |
| Tel. Privat: _____ | Zahnzusatzversicherung O ja O nein |
| Tel. dienstlich: _____ | Wer ist Ihr Hausarzt? |
| E-Mail: _____ | Name / Ort: _____ |

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Liegen bei Ihnen folgende Erkrankungen vor?

| | | | |
|--|---|---|---|
| Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Neue Variante der CJK | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Herzklappenfehler / -ersatz | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Tumoren / Krebs | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Gelenkprothesen / Implantate | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Bisphosphonattherapie | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Sind Sie Träger multiresistenter Keime? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Herzschriltmacher | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Allergien auf: Anästhesie (Spritzen) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Herzoperation | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Antibiotika (Penicillin) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Schmerzmittel | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Tuberkulose) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Latex | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis A / B / C | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Sonstiges: _____ | |
| Lebererkrankung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Sind Sie Angstpatient? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Anfallsleiden / Epilepsie | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Asthma / Lungenerkrankung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Sind Sie morgens oft verspannt? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Knirschen Sie mit ihren Zähnen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Magen-, Darmerkrankung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Nierenerkrankung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | | |
| Osteoporose | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | | |
| Alkohol- / Drogenabhängigkeit | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | | |
| Ohnmacht | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | | |

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? ja nein Woche _____

sonstige Erkrankungen: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit ein? _____

Wann wurde die letzte zahnärztliche Röntgenaufnahme gemacht? _____

Wünschen Sie die routinemäßige Fluoridierung der Zähne Ihres Kindes? ja nein

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von: _____

Ich verpflichte mich, alle Änderungen die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mit einer Ausfallgebühr pro angefangene halbe Stunde mit 100 Euro berechnet.

Beilstein , den _____

Unterschrift: _____