



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Ihre Behandlung von Anfang an auf eine sichere und vertrauensvolle Grundlage zu stellen, bitten wir Sie um die Beantwortung einiger Fragen.

## Anmeldung

Patient		
Name	Vorname	
Straße	PLZ / Ort	
Geburtsdatum / Geburtsort	Telefon (tagsüber)	Telefon (mobil)
Beruf	Arbeitgeber	

Name der gesetzlichen / privaten Krankenversicherung	Bonusheft vorhanden?		
	≥5 Jahre	≥10 Jahre	
Name der Zahn-Zusatzversicherung (falls vorhanden)	ja	nein	
	Sind Sie beihilfeberechtigt?		

Versicherter / Zahlungspflichtiger		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ / Ort	Telefon

Einverständniserklärung bei Behandlung Minderjähriger	
Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.	
Datum	Erziehungsberechtigter

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:			
Karies- und Parodontitisbehandlung	<input type="checkbox"/>	Implantate	<input type="checkbox"/>
Laserbehandlung	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenksbehandlung	<input type="checkbox"/>
ästhetischer Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	Bleaching	<input type="checkbox"/>
Wie haben Sie von uns erfahren?	Telefonbuch <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>	Empfehlung <input type="checkbox"/>

Wichtige Informationen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.</li> <li>• Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.</li> <li>• Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten <b>Informationen</b> gelesen und verstanden habe.</li> </ul>
Datum	Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter

**Wir bitten Sie, auch die Rückseite auszufüllen.**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und  
 Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie  
 um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen  
 Vorgeschichte (Anamnese).

**Befinden Sie sich in ärztlicher  
 Behandlung?** **ja** **nein**

Name des Hausarztes:

Anschrift des Arztes:

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?		Falls Sie mit „ja“ antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	
		ja	nein
1	Allergie (welche)		
2	Anfallsleiden (Epilepsie)		
3	Atemwegserkrankungen / COPD		
4	Blutgerinnungsstörung		
5	Diabetes		Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> insulinpflichtig <input type="checkbox"/>
6	Glaukom (erhöhter Augendruck)		
7	Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe)		
8	Herz-Kreislauf-Erkrankung		
8.1	Herzinsuffizienz		
8.2	Koronare Herzkrankheit / Angina pectoris		
8.3	Herzinfarkt		
8.4	Herzrhythmusstörungen		
8.5	Herzschrittmacher		
8.6	Herzklappenfehler / -ersatz		
8.7	Hoher Blutdruck		
8.8	Niedriger Blutdruck		
8.9	Schlaganfall		
9	Infektionskrankheiten (HIV, TBC o. ä.)		
10	Lebererkrankungen (Hepatitis o. ä.)		
11	Magen-Darm-Erkrankungen		
12	Nierenerkrankungen (Insuffizienz, Dialyse o. ä.)		
13	Osteoporose / Werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?		
14	Rheumatoide Arthritis		
15	Schilddrüsenerkrankungen		
16	Tumorerkrankungen / Chemotherapie		
17	Frühere Operationen (welche)		
18	Haben Sie Angst vor der Behandlung?		
19	Besteht eine Schwangerschaft?		
20	Rauchen Sie?		
21	Nehmen Sie Medikamente? (welche)		
	Blutverdünner (ASS, Marcumar, Plavix, Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Brilique, Lixiana)		
	Bisphosphonate (Tabletten / 3-Monatsspritze)		