Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Eine Patienteninformation zum Datenschutz gemäß der gültigen EU-DSGVO liegt im Wartezimmer aus.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Versichert über: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Adresse: _____
Straße Postleitzahl Ort

Telefon/Mobil: _____ Email: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Gesetzlich versichert: Ja O Nein O
Privat versichert: Ja O Nein O
Privat zusatzversichert: Ja O Nein O

Besteht eine Pflegebedürftigkeit bzw. haben Sie einen Behindertenausweis Ja O Nein O
Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? Ja O Nein O

Überweisung durch _____

Hausarzt _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Leiden Sie an einer Allergie? Ja O Nein O
Wenn ja, welche? _____
Haben Sie Gerinnungsstörungen? Ja O Nein O
Haben Sie eine Herz-/ Kreislauferkrankung? Ja O Nein O
Wenn ja, welche? _____
Herzschrittmacher/Herzklappe? Ja O Nein O
Haben Sie Osteoporose? Ja O Nein O
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Ja O Nein O
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsen-erkrankung vor? Ja O Nein O
Leiden Sie an einer Infektions-krankheit? Ja O Nein O
O HIV O Hepatitis B O Hepatitis C

Haben Sie eine Magen-/ Darmerkrankung? Ja O Nein O
Haben Sie eine Nierenerkrankung? Ja O Nein O
Haben Sie Atemwegserkrankungen? Ja O Nein O
Haben Sie Diabetes? Ja O Nein O
Haben Sie grünen/grauen Star? Ja O Nein O
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? Ja O Nein O
Alkohol- oder Drogenabhängigkeit? Ja O Nein O
Rauchen Sie? Ja O Nein O
Sind Sie schwanger? Ja O Nein O
Wenn ja, in welcher Woche? _____
Haben Sie Epilepsie? Ja O Nein O

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja O Nein O
Wenn ja, welche? _____
Wurden Sie kürzlich im Mund/Gesichtsbereich geröntgt? Ja O Nein O
Nicht aufgeführte Erkrankungen oder Sonstiges? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum _____ Unterschrift