

Patientenanmeldung

BITTE WENDEN ►

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns persönlich mit Ihrem zahnmedizinischen Anliegen befassen, benötigen wir, neben Ihren persönlichen Daten, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahn-

ärztliche Behandlung haben. Daher bitten wir Sie, die folgenden Gesundheitsfragen zu beantworten und uns (zukünftige) Änderungen direkt mitzuteilen. Ihre Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten

Name, Vorname

Beruf

Straße / Hausnr.

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Krankenkasse/private Krankenversicherung

Gesetzlich

Privat

Zusatzversicherung

Beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, über wen sind Sie versichert?

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnr.

PLZ / Ort

Bei welchem Hausarzt / Facharzt sind Sie in Behandlung?

Name

Ort

Telefon

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

ja, per Mail

ja, per Postkarte

ja, per SMS

nein

Datum

Unterschrift

Anamnesebogen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- nein
 ja (angeben): _____

Falls vorhanden, bitten wir um einen Medikamentenplan.

Haben Sie Allergien?

- nein
 ja (angeben): _____

Falls vorhanden, bitten wir um einen Allergiepass.

Haben / hatten Sie jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen?

- nein
 ja (angeben): _____

Zu Ihrem Herzen:

- Endokarditisrisiko
 Herzklappenersatz
 Herzrhythmusstörung
 Herzinfarkt
 Angina pectoris
 Schrittmacher/Defibrillator

Falls vorhanden, bitten wir um einen Herzpass.

Zu Ihrem Kreislaufsystem:

- Bluthochdruck
 Zu niedriger Blutdruck
 Blutgerinnungsstörung

angeben: _____

Haben / hatten Sie eine Tumorerkrankung?

- nein
 ja (angeben): _____

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate?

- nein ja

Erfolgte eine Bestrahlungs- und / oder Chemotherapie?

- nein ja

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen: Nach einer zahnärztlichen Behandlung kann es unter Umständen zu einer Beeinträchtigung Ihrer Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr kommen. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten begründet sein. Lassen Sie uns wissen, wenn wir Ihnen ein Taxi oder eine Begleitperson rufen können, damit Sie sicher nach Hause kommen.

Haben Sie Asthma?

- nein ja

Zu Ihrem Nervensystem:

- Schlaganfall Ohnmachtsneigung
 Epilepsie Kreislaufproblematik

Zu Ihrem Stoffwechsel:

- Schilddrüsenerkrankung Diabetes

Zu Ihrem Halteapparat:

- Osteoporose
 Rheuma
 Gelenkersatz seit: _____
 Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate?

Infektionskrankheiten?

- Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C
 HIV (Aids) Tuberkulose

Zu Ihren Nieren:

- Insuffizienz Dialysepflicht

Sonstige Erkrankungen:

Konsumieren / konsumierten Sie regelmäßig

- Drogen Alkohol Zigaretten

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich?

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- nein
 ja, SSW | _____