

Anmeldeformular mit Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname des Patienten	
geboren am	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	mobil
E-Mail	
Name, Vorname des Versicherten	
geboren am	Krankenkasse
Hausarzt	Hauszahnarzt
empfohlen/überwiesen durch	

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz		Augen	
Zustand nach Infarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Grauer Star	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Grüner Star	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Muskelentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Atemwege/Lunge	
Verengung d. Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bypassoperation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magen-Darm Trakt	
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislauf		Blase/Nieren	
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blasenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angina pectoris	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dialyse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leber	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des blutbildenden Systems		Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutarmut	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bluter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

bitte wenden ➤

Bewegungsapparat		Haut-/Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tumorerkrankungen/	
Gicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bestrahlung/Chemotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zentrales Nervensystem		Röteln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mumps	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vegetatives Nervensystem		Masern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Scharlach	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Migräne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Stoffwechsel		Sind Sie wegen einer der genannten	
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankungen in Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Behandelnder Arzt:	
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ort	
		Telefon	

Sonstige medizinisch wichtige Informationen

Wurden Sie jemals operiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann und aus welchem Grund?	
Traten dabei Probleme auf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
Nehmen Sie Medikamente oder Ergänzungspräparate ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie viel?	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie viel?	
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente und andere Stoffe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welcher Monat?	

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift des Versicherten/Patienten