



Dr. med. dent.

Britta Bähren

Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!

Vor Beginn Ihrer Behandlung benötigen wir zunächst Ihre Personalien sowie Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung, da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnmedizinische Behandlung haben können.

Wir bitten Sie deshalb, auch den umseitigen Fragebogen besonders sorgfältig zu beantworten. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Persönliche Daten

Patient

Name

Vorname

geb. am

Anschrift

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Krankenkasse

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Krankenkassenmitglied

Name

Vorname

geb. am

Beruf

Arbeitgeber

Telefon (Arbeitsplatz)

Kontakt

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

eMail

Bitte wenden ►

Fragen über bestehende Erkrankungen

Stehen Sie in andauernder ärztlicher Behandlung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ihr Hausarzt			
		ja	nein		ja	nein	
1. Herz	Koronare Erkrankungen (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Nerven-system	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. Kreislauf	Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Allergien	Heuschnupfen/Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Medikamenten-Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Blut	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Penicillin-Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Haben Sie einen Allergie-Pass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nehmen Sie			8. Bestehende sonstige Erkrankungen:			
	gerinnungshemmende Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	ASS <input type="checkbox"/>					
	Marcumar <input type="checkbox"/>			9. Nehmen Sie z.Z. Medikamente ein? Wenn ja, welche?			
4. Lunge	Asthma/chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Stoff-wechsel	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?			
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Leberkrankheiten/Hepatitis/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Sind Sie schwanger? Welcher Monat?			
	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Sind Sie HIV-positiv? <input type="checkbox"/>			
				13. Wünschen Sie eine örtliche Betäubung? <input type="checkbox"/>			

Bitte informieren Sie uns über eventuelle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes jeweils vor Beginn einer zahnärztlichen Behandlung.

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für zahnmedizinische Behandlungen?

ja nein

Wünschen Sie eine regelmäßige Erinnerung an Ihre zahnärztliche Kontrolluntersuchung?

ja nein

Durch wen wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

.....

.....

Datum

Unterschrift