



Anmeldebogen mit Anamnese

Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Straße, Nr _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Krankenversicherung: ☐ privat ☐ gesetzlich

bei: _____

Wenn Privat versichert: ☐ Standardtarif ☐ Basistarif

Wenn Sie nicht selbst Versichter sind – versichert bei:

☐ Ehepartner ☐ Vater ☐ Mutter

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Bitte beantworten Sie zur optimalen Behandlungsanpassung diesen Bogen sorgfältig. Alle Angaben sind vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht. Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.

1. Herzerkrankungen:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Herzrhythmusstörungen | ☐ Herzschrittmacher |
| ☐ Angina Pectoris | ☐ Herzklappenersatz | ☐ Herzschwäche |
| ☐ Andere, wenn ja welche? _____ | | |

2. Kreislauf- / Gefäßserkrankungen:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Aneurysma | ☐ Niedriger Blutdruck | ☐ Hoher Blutdruck |
| ☐ Thrombosen/Embolien | ☐ Schlaganfall | ☐ Herzkranzgefäße/Stent |
| ☐ Andere, wenn ja welche? _____ | | |

3. Bluterkrankungen / Blutungsstörungen:

- | | | |
|---|--------------------------------|--|
| ☐ Anämie | ☐ Leukämie | ☐ Hämophilie (Blutungsneigung) |
| ☐ Andere, wenn ja welche? _____ | | |

4. Atemwegs- / Lungenerkrankungen:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Atemnot | ☐ Asthma Bronchiale | ☐ Chronische Bronchitis (CBOP) |
| ☐ Andere, wenn ja welche? _____ | | |

5. Tragen Sie ein künstliches Gelenk?

- ☐ Wenn ja welche? _____

6. Magen- / Darmerkrankungen:

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| ☐ Sodbrennen | ☐ Reflux Krankheit | ☐ Morbus Crohn |
| ☐ Magen Ulzeration | | |
| ☐ Andere, wenn ja welche? _____ | | |





7. Lebererkrankungen / Pankreas:

- ☐ Fettleber ☐ Zirrhose
☐ Pankreatitis ☐ Gallenerkrankungen
☐ Andere, wenn ja welche?

9. Stoffwechselerkrankungen:

- ☐ Gicht
☐ Schilddrüsenerkrankungen
☐ Diabetes Mellitus

Wenn ja, kennen Sie Ihren HbA1c Wert?

- ☐ Andere, wenn ja welche?

11. Krebserkrankungen

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie Chemotherapie? ☐ Ja ☐ Nein

Strahlentherapie im Kopfbereich ☐ Ja ☐ Nein

13. Sonstige Erkrankungen:

- ☐ Rheuma ☐ MS
☐ Epilepsie ☐ Parkinson
☐ Andere, wenn ja welche?

15. Nehmen Sie folgende Medikamente ein?

- ☐ Ass ☐ Marcumar
☐ Apixaban (Eliquis)
Bekommen Sie regelmäßig Spritzen? *Wenn ja, welche?*

- ☐ Andere, wenn ja welche?

8. Nierenerkrankungen:

- ☐ Dialyse
☐ Nierenfunktionsstörungen
☐ Andere, wenn ja welche?

10. Infektionserkrankungen:

- ☐ Hep B ☐ Hep C
☐ Tuberkulose
☐ HIV/AIDS – *wenn ja, sind Sie in Behandlung?*
☐ Ja ☐ Nein

12. Haben oder hatten Sie jemals:

- ☐ Grüner Star (Glaukom)
☐ Osteoporose (*Wenn ja, sind Sie in Behandlung?*)
☐ Ja ☐ Nein

14. Sind Sie wegen Depressionen in Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

16. Bei Frauen:

Besteht gerade eine Schwangerschaft?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, welcher Monat? _____

Stillen Sie zurzeit?

☐ Ja ☐ Nein





17. Genussverhalten

(Liebe Patientinnen und Patienten, diese Fragen sind nicht moralisch motiviert und bleiben streng vertraulich. Bitte antworten Sie ehrlich, um Ihre Erfahrung beim Zahnarzt so sicher und schmerzfrei wie möglich zu gestalten. Vielen Dank.)

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol ? (Bier, Wein, Spirituosen) _____

Konsumieren Sie Cannabis? *Wenn Ja: wie oft pro Woche?* _____

Konsumieren Sie andere Drogen, *wenn ja welche?* _____

Fragen spezifisch für die Zahnmedizin:

1. Haben Sie gerade Schmerzen? ☐ Ja ☐ Nein
2. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ☐ Ja ☐ Nein
3. Sind Sie früher mal bei zahnmedizinischen Behandlungen ohnmächtig geworden? ☐ Ja ☐ Nein
4. Hatten Sie in der Vergangenheit Probleme mit Betäubungen? ☐ Ja ☐ Nein
5. Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein
6. Haben Sie Kiefergelenkstörungen ☐ Ja ☐ Nein
(knacken am Kiefergelenk, Schmerzen, Schwierigkeiten beim Öffnen des Mundes, Mundsperrungen)
7. Betreiben Sie Krafttraining oder Leistungssport? ☐ Ja ☐ Nein
8. Wann waren Sie letztes Mal beim Zahnarzt? ☐ Ja ☐ Nein
9. Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? ☐ Ja ☐ Nein
10. Sind Sie mit Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? ☐ Ja ☐ Nein

P.S: Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen? _____

Herzlichen Dank für Ihre Sorgfalt beim Ausfüllen des Fragebogens und Ihr Vertrauen als Patientin bzw. Patient.

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Folgendes:

Ihre Angaben werden gemäß der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Datenschutzrichtlinien streng vertraulich behandelt. Sie erteilen Ihr Einverständnis zur Speicherung dieser Daten. Zudem verpflichten Sie sich, uns umgehend über jegliche Änderungen Ihres Gesundheitszustands zu informieren.

Termine, die nicht wahrgenommen werden können, müssen spätestens 48 Stunden im Voraus abgesagt werden. Bei Nichteinhaltung dieser Frist fällt eine Ausfallgebühr an.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Fahrtüchtigkeit nach der Verabreichung von Lokalanästhetika und anderen Medikamenten eingeschränkt sein kann.

Sie bestätigen, die oben genannten Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

