

# ANMELDEBOGEN



Sehr geehrte(r) Patient(in),  
herzlich willkommen in unserer Praxis. Dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Füllen Sie ihn bitte sorgfältig aus. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen an der Rezeption. Vielen Dank.

## PERSONALIEN

Name _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Geburtsort _____
Straße _____	Hausnummer _____
PLZ _____	Ort _____
Telefon _____	Mobil _____
E-Mail _____	
Arbeitgeber _____	Telefon _____
Hausarzt _____	Telefon _____

## ANGABEN ZUR GESUNDHEIT

Bestehen oder bestanden bei ihnen folgende Krankheiten:

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wenn ja, welche: _____
Leber-/Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Infektionskrankheiten/Immunschwäche (AIDS, Hepatitis, TBC, sonstige)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Lungenerkrankungen (Asthma)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Magen-Darmerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Nervenerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____

Wenn ja, welche:

Herzerkrankungen  ja  nein \_\_\_\_\_  
(Herzschrittmacher, Herzklappe, sonstiges)

Blutgerinnungsstörungen  ja  nein \_\_\_\_\_  
(Marcumar, ASS, sonstige)

Allergien  ja  nein \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Reagieren Sie überempfindlich  ja  nein \_\_\_\_\_  
auf bestimmte Medikamente?

Traten jemals Komplikationen bei der  ja  nein \_\_\_\_\_  
zahnärztlichen Behandlung auf?

Datum der letzten Röntgenuntersuchung \_\_\_\_\_

Haben Sie im Moment Zahnschmerzen?  ja  nein \_\_\_\_\_

Welche zahnmedizinischen Probleme  ja  nein \_\_\_\_\_  
liegen vor?

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Kariesvermeidung  Zahnpflege  Kiefergelenksbehandlung

Amalgamentfernung  Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate, Prothesen)

## TERMINERINNERUNG

Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Termin:

per Brief  telefonisch  per E-Mail

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)