



Anmeldeformular

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Sie tragen damit dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen und Sie dann besser behandeln können. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mühe!

Name des Patienten	Vorname	geb. Name
geb. am	Geburtsort	
Name des Versicherten	Vorname	geb. am
Straße / Nr.	PLZ Wohnort	Telefon priv.
Beruf des Versicherten	Arbeitgeber des Versicherten	Telfon gesch. / tagsüber
Krankenkasse	Hausarzt	

Allgemeinmedizinische Anamnese

Hatten oder haben Sie eine der folgenden krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	ja	nein
Allergien oder Unverträglichkeiten auf Spritzen/Medikamente? worauf? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet es lange bei Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislaufstörungen , kalte Hände oder Füße?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderter Blutdruck (zu hoch, zu tief) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektiöse Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kieferhöhlenentzündung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma , Lunkenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen ? _____		

Nehmen Sie aktuell **Medikamente** ein?

Welche? _____

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja in welchem Monat:

Bitte beschreiben Sie eventuelle **Beschwerden** und das gewünschte **Behandlungsziel:**

Zahnärztliche Anamnese

1. Die zahnärztliche Spritze kann zu ungewünschten Reaktionen, wie Schwindel führen.

Hatten Sie schon einmal eine ungewöhnliche Reaktion? Wenn ja, welche? _____

An dieser Stelle möchte ich Sie hinweisen, dass das Risiko bei der Leitungsanästhesie am Unterkiefer zu bleibenden oder reversiblen Schäden der Nerven führen kann. Die Folge kann eine bestehende Taubheit oder Missempfindungen sein.

Desweiteren bitten wir Sie bei geplanter Behandlung mit örtlicher Betäubung **keinen Kaffee** zu trinken. Dies kann die Wirkung der Anästhesietiefe beeinträchtigen.

2. Hatten Sie eine Paradontosebehandlung (Zahnfleischbehandlung)? ja nein

3. Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen oder Probleme bei der Mundöffnung, bzw. knirschen oder knacken Ihre Kiefergelenke? ja nein

4. Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Wenn nein: warum nicht? Farbe / Form / Stellung

5. Wurden Ihre Zähne innerhalb des vergangenen Jahres geröntgt? ja nein

Wenn ja: wann ca.? _____ bei wem? _____

Einverständnis zum Versand meiner Röntgen-Aufnahmen

Ich bin damit einverstanden, dass zur Reduzierung von Röntgenstrahlen meine Röntgenbilder zwischen ärztlichen Kollegen verschickt werden dürfen. ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass diese per E-Mail verschickt werden dürfen. ja nein

Terminreminderung

Unser Praxisteam möchte Sie gerne halbjährlich an Ihren Zahngesundheitscheck bei uns erinnern.

Möchten Sie halbjährlich eine Erinnerungspostkarte erhalten? ja nein

Möchten Sie halbjährlich eine Erinnerungs-E-Mail erhalten? ja nein

E-Mail: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

empfohlen durch _____ Gelbe Seiten / Telefonbuch _____ Internet/Zeitung _____

Hinweis

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir für fest reservierte Termine, die ohne Absage nicht eingehalten werden oder zu kurzfristig abgesagt werden (24 Stunden vorher), eine Ausfallgebühr von 75 Euro je angefangene halbe Stunde berechnen müssen. sofern die Terminlücke nicht durch einen anderen Patienten geschlossen werden kann (nach § 615 BGB).

Endlich haben Sie es geschafft! Nochmals vielen Dank für Ihre Mühe!

Wiesbaden, den _____

Unterschrift _____