

Willkommen in unserer Praxis

Anmeldebogen

Dieser Anmeldebogen dient ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

<u>Patientin/Patient</u>	<u>Versicherte Person (bei Familienversicherung)</u>
Name	Name
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Geburtsort	Straße
Straße	PLZ/Ort
PLZ, Ort	Telefon privat
Telefon privat	
Mobil*	
E-Mail*	
Beruf*	
Krankenkasse	
Sind Sie beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Basistarif (bei privater KV) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wer ist Ihr Hausarzt?	
Haben Sie eine Medikamentenliste? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?*	

Bestehen oder bestanden bei Ihnen die folgenden Krankheiten, Beschwerden oder Befunde?

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	MRSA	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Lebererkrankung		
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	(Gelbsucht Hepatitis A/B/C)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Immunschwäche (AIDS)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?	<hr/>	
Magen- /Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung (Asthma)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche?	<hr/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	erhöhter Augeninnendruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bisphosphonat-Therapie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
			Wenn ja, seit wann?	<hr/>	

Allgemeiner Gesundheitszustand

Waren Sie vor kurzem oder sind Sie zurzeit noch in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Fachrichtung?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft? Ja, im Monat Nein

Haben Sie aktuell Zahnschmerzen? Ja Nein

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf? Ja Nein

Welche Erkrankungen befürchten Sie?

<input type="checkbox"/> Karies	<input type="checkbox"/> Probleme mit der vorhandenen Versorgung	<input type="checkbox"/> Zahnfleischprobleme
<input type="checkbox"/> Verletzungen	<input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme /gestörte Kaufunktion	<input type="checkbox"/> Aussehen der Zähne

Mundhygiene*

Welche Ziele haben Sie sich für Ihre Mundgesundheit gesetzt?

Ist Ihnen schon einmal ausführlich gezeigt worden,
wie Sie individuelle Zahnpflege betreiben sollen? Ja Nein

Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen? Ja Nein

Wie oft reinigen Sie Ihre Zähne täglich? weniger als 1× 1-2 × ×

Welche Zahnbürste verwenden Sie? manuell (Hand) elektrisch Schall

Blutet es beim Zähneputzen? Ja, immer selten nie

Besteht Mundgeruch? Ja, immer selten nie

Reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume? Ja, täglich gelegentlich nie

Wenn ja, womit?

Verwenden Sie sonstige Mundhygieneartikel? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bestehen überempfindliche Zahnhälse? Ja Nein

Kauen Sie Kaugummi? Ja Nein

Leiden Sie unter häufigem Erbrechen / Sodbrennen / Aufstoßen? Ja Nein

Rauchen

Rauchen Sie zurzeit? Ja Nein

Haben Sie früher geraucht? Ja Nein

Funktion

Besteht eine Neigung zum Knirschen oder Pressen mit den Zähnen? Ja Nein

Liegen Angewohnheiten vor, wie z.B. Zungenpressen oder Wangenbeißen? Ja Nein

Ist Ihre Kaumuskulatur oft verspannt? Ja Nein

Ist die Unterkieferbewegung schmerzhaft oder eingeschränkt? Ja Nein

Haben Sie eine Schiene? Ja Nein

Wenn ja, im Ober- oder Unterkiefer? Oberkiefer Unterkiefer

Zahnarztbesuch / Frühere Behandlungen

Wurden in den letzten 12 Monaten zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht? Ja Nein

Welche Behandlungen standen bisher im Vordergrund?

Würden Sie sich als Angstpatienten beschreiben? Ja Nein

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift Patientin/Patient

* freiwillige Angaben