



ZAHN & MENSCH

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.

Patientin/Patient

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon privat _____

Mobil* _____

E-Mail* _____

Beruf* _____

Pflegestufe (wenn vorhanden) _____

Krankenkasse _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Basistarif (bei privater KV) Ja Nein

Versicherte Person (bei Familienversicherung)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon privat _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Haben Sie eine Medikamentenliste? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?* _____

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

Hoher Blutdruck Ja Nein

Herzerkrankungen Ja Nein

Niedriger Blutdruck Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

Rheuma/rheumatisches Fieber Ja Nein

Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein

Immunschwäche (AIDS) Ja Nein

Magen- /Darmerkrankungen Ja Nein

Lungenerkrankung (Asthma) Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein



ZAHN & MENSCH

MRSA	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn „ja“, welche?
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Lebererkrankung:			
(Gelbsucht Hepatitis A/B/C)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	erhöhter Augeninnendruck <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bisphosphonat-Therapie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn „ja“, seit wann?
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Zuckerkrankheit/Diabetes <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn „ja“, welche?			Wenn „ja“, HBA1-Wert mit Datum:
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Allgemeiner Gesundheitszustand

Waren Sie vor kurzem oder sind Sie zurzeit noch in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn „ja“, in welcher Fachrichtung?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn „ja“, welche?		
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja, im	Monat <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie aktuell Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Rauchen

Rauchen Sie zurzeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn „ja“, wieviele Zigaretten täglich		
Haben Sie früher geraucht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum Name, Vorname

Unterschrift Patientin/Patient

* freiwillige Angaben