



Anmeldebogen und Gesundheitsfragen

Willkommen in unserer Zahnarztpraxis am Maibaum in Ottobrunn!

Vor einem persönlichen Gespräch über Ihre Behandlungswünsche, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Für eine sichere und individuelle Behandlung bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt. Eventuelle künftige Änderungen teilen Sie uns bitte umgehend mit.

Patienten-Name _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ/ Ort _____

Telefon Privat _____

Telefon Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Telefon Arbeit _____

Versicherter _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ/ Ort _____

Hausarzt _____

Krankenversicherung gesetzlich

privat Basistarif

Name der Versicherung _____

beihilfeberechtigt ja nein

Zahnzusatzversicherung vorhanden ja nein

Ihr Anliegen

1. Was ist Ihr Hauptanliegen? _____

2. Liegen Probleme oder Beschwerden vor?

3. Wann und bei wem war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

4. Wann wurden Sie zuletzt geröntgt (Zähne, Kiefer)?

5. Was haben Sie bisher (am meisten) vermisst?

6. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von

Internet / Homepage

Sonstiges _____

7. Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge-/ Kontrolltermin erinnert werden?

telefonisch E-Mail schriftlich

Der Service ist für Sie kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden!

Wenn ja, bitte ergänzende Angaben eintragen ja nein

8. Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?

9. Hatten Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung?

10. Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?

11. Hätten Sie gern weißere Zähne?

12. Stört Sie Ihre Zahnstellung?

13. Haben Sie Kiefergelenkschmerzen oder -geräusche?

14. Knirschen Sie mit den Zähnen?

15. Leiden Sie an Mundgeruch?

16. Haben Sie Schmerzen beim Genuss von Süßen oder Saurem?

Wenn ja, bitte ergänzende Angaben eintragen ja nein

17. Wünschen Sie eine Behandlung mit Betäubung (Anästhesie)?

18. Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung?

19. Besteht oder bestand eine Abhängigkeit?

Drogen/ Medikamente Alkohol

20. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag? _____

21. Hatten Sie schon einmal Operationen im Kopf-, Halsbereich?

22. Besteht eine Schwangerschaft? unsicher

(Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) _____



Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herz-, Kreislaufkrankungen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Herzoperation |

Allergien/ Unverträglichkeiten

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lokalanästhetika | <input type="checkbox"/> Antibiotika |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Kunststoffe | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Metalle | <input type="checkbox"/> Andere |

Infektiöse Erkrankungen

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV/ AIDS | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C (Gelbsucht) | _____ |

Andere Erkrankungen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> erhöhter Augeninnendruck |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung/
Krebsleiden _____ | <input type="checkbox"/> (Glaukom/Grüner Star) |
| | <input type="checkbox"/> Behinderung _____ |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Marcumar/ Warfarin/ Falithrom |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruckmedikament |
| <input type="checkbox"/> ASS/ Aspirin |
| <input type="checkbox"/> Andere _____ |

Aufklärung: Anästhesie

Bei der Betäubung können folgende Risiken auftreten: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktion, Krämpfe und Nervenschäden. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

Über diese Themen möchte ich gern mehr erfahren

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kariesvermeidung | <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung | <input type="checkbox"/> professionelle Zahnreinigung | |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen | <input type="checkbox"/> Zahnfreundliche Ernährung | <input type="checkbox"/> Implantatversorgung | <input type="checkbox"/> Bleaching |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Mundfrische | | <input type="checkbox"/> Kinderbehandlung | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischerkrankungen | | <input type="checkbox"/> Sportschutz | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum, Unterschrift _____