

ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte(r) Herr/ Frau \_\_\_\_\_,

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen und uns Ihre Mundgesundheit anvertrauen möchten.

Viele Menschen haben gesundheitliche Probleme. Diese können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre vollständige und sorgfältige Beantwortung der folgenden Punkte soll dazu beitragen, Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen zu können und Ihre Behandlung optimal zu gestalten.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden STRENG VERTRAULICH behandelt.

Patient/in

Name Adresse	Vorname	<u>Geburtsdatum/ Ort</u>	Beruf	Arbeitgeber
-----------------	---------	--------------------------	-------	-------------

Straße	PLZ	ORT	tel. privat	tel. mobil
--------	-----	-----	-------------	------------

Versicherte/r, wenn vom Patienten abweichend

Name Adresse	Vorname	<u>Geburtsdatum/ Ort</u>	Beruf	Arbeitgeber
-----------------	---------	--------------------------	-------	-------------

Straße	PLZ	ORT	tel. privat	tel. geschäftlich
--------	-----	-----	-------------	-------------------

Versicherung

Name \_\_\_\_\_ o Mitglied o Familienmitglied o Rentner/in o freiwillig versichert o beihilfeberechtigt  
Hausarzt

Name	Straße	PLZ	Ort	Telefon
------	--------	-----	-----	---------

**Bitte beantworten Sie folgende allgemeinmedizinischen Fragen:**

Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? O <input type="radio"/> O <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O <input type="radio"/> O <input type="radio"/>
---	---

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Wenn ja, welche?

O     O     Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, z. B. ASS?

O     O     Haben Sie einen Allergiepass?

O     O     Sind sie Marcumpatient?

O     O     Vertragen sie bestimmte Medikamente nicht?

O     O     Neigen Sie zu allergischen Reaktionen oder Unverträglichkeiten?

Wenn ja zu welchen?

Wenn ja zu welche?

O     O     **Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?**

**Haben oder hatten Sie folgende Herz-/Kreislaufkrankungen?**

O     O     Atemwegserkrankungen

O     O     Herzschwäche (Herzinsuffizienz)

O     O     Nierenerkrankungen

O     O     Herzrhythmusstörungen

O     O     Lebererkrankungen

O     O     Angina Pectoris

O     O     Magen-/Darmerkrankungen

O     O     Zustand nach Herzinfarkt

O     O     Zuckerkrankheit (Diabetes)

O     O     hoher/ niedriger Blutdruck

O     O     Schilddrüsenerkrankung (z.B. Struma, Unter,- oder Überfunktion)

O     O     Anfallsleiden (z.B. Epilepsie, Krampfanfälle)

O     O     Blutgerinnungsstörungen



- Bemerken Sie einen schlechten Geschmack/ Mundgeruch?
- Hatten Sie eine Zahnfleischbehandlung (Parodontitis Therapie)?
- Hatten Sie eine Zahnstellungskorrektur (KFO-Therapie)?
- Wurden bei Ihnen bisher Zähne entfernt? Wenn ja, aus welchem Grund? \_\_\_\_\_
- Hatten Sie eine Verletzung an der Halswirbelsäule, des Gesichts?
- Hatten Sie eine Verletzung der Kiefer, der Kiefergelenke?
- Hatten Sie eine Verletzung der Zähne?
- Haben oder hatten Sie Probleme/ Schmerzen beim Mundöffnen?
- Haben oder hatten Sie Probleme/ Schmerzen beim Kauen?
- Bemerken Sie Zähneknirschen (evtl. Nachts)
- Bemerken Sie Zähne pressen?
- Haben sie Geräusche oder Probleme bei Mundbewegungen?
- Kiefergelenkknacken      Kiefergelenkklemmen      Kiefergelenk-Reiben
- Bemerken Sie Verspannungen Ihrer Kiefergelenksmuskulatur?      Sonstige: \_\_\_\_\_
- Bemerken Sie Verspannungen Ihrer Nackenmuskulatur?      Haben sie häufig Kopfschmerzen (Migräne)?
- Bemerken Sie Ohrgeräusche (z.B. Tinnitus), wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_
- Möchten Sie den Zustand/ das Aussehen ihrer Zähne ändern?  
 Wenn ja, was möchten Sie ändern?  
 Farbe     Form     Stellung     Verfärbung     Füllungen und/ oder Kronen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, bei welchem Versicherungsunternehmen? \_\_\_\_\_

- Haben Sie einen Zahnersatz?     Herausnehmbar (z.B. Teil,-oder Vollprothesen)  
 Festsitzend (z.B. Zahnkronen,-Brücken)  
 Künstliche Zahnwurzeln (Implantate)

Wenn ja, wie alt ist Ihr Zahnersatz? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie zufrieden sind Sie mit ihrem Zahnersatz? \_\_\_\_\_

Sind sie Schwanger, wen ja in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Rauchen sie regelmäßig? Wie viele Zigaretten rauchen Sie ca. pro Tag? \_\_\_\_\_ Seit wann rauchen Sie (ungefähr) \_\_\_\_\_

Als besonderen Service bieten wir Ihnen einen unverbindlichen Erinnerungsdienst für Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen an.

Um Ihnen unnötige Wartezeit zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie ihren Termin pünktlich einzuhalten und diesen bei Verhinderung mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Für den Fall, dass Sie vereinbarte Termine nicht rechtzeitig absagen, müssen wir Ihnen für den Ausfall entstandene Kosten in Rechnung stellen.

(Amtsgericht Fulda (Az.34 C 120/02/D), 16.05.2002)

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung nach DSGVO:**

**Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Verarbeitung, zur Behandlung und bzw. zur Abrechnung über die KVB bzw. PVS.**

**Hiermit bin ich darauf hingewiesen worden, das ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann ( Art.7 Abs. 3 DSGVO).**

**Mit ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt ( Art.7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)**

Eichenzell, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift