



Anmeldung

Patientenbezogene Fragen:

Name Vorname geb.

Ort () PLZ Tel.

Straße Beruf

Krankenkasse Vers.-Nr.

Name des Mitgliedes geb.

Beruf des Mitgliedes

Beschäftigt bei Ort Tel.

(bei Privatrechnung) Rechnung an

Viele Erkrankungen können Auswirkungen auf eine zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig und gewissenhaft auszufüllen. Dieser Fragebogen wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollte sich Ihr Gesundheitszustand im Laufe der Zeit verändern, bitten wir Sie, uns zu Ihrer eigenen Sicherheit zu unterrichten, so dass wir ggf. auf die veränderte Situation eingehen können.

Zahnmedizinische Fragen:

Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis? nein ja

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? nein ja

Wenn ja, wo und wann treten diese auf?

War die Behandlung abgeschlossen? nein ja

Haben Sie Zahnersatz? Haben Sie Löcher in den Zähnen (Karies)?

feststehend seit Blutet Ihr Zahnfleisch?

herausnehmbar seit Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

Weshalb kommen Sie zur Behandlung? Sind Zähne locker?

Wünschen Sie Ersatz fehlender Zähne?

Allgemeinärztliche Fragen:

Hatten oder haben Sie Erkrankungen? nein ja

1. Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche: Hepatitis A/B/C. Wurde ein AIDS-Test gemacht: nein / ja
2. Herz / Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzschrittmacher, Herzinfarkt, Markumar, Bluter
3. Atemsystem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TBC, Asthma, <input type="text"/>
4. Verdauungsorgane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magen, Darm, <input type="text"/>
5. Stoffwechselerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes <input type="text"/>
6. Allergie / Überempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heuschnupfen <input type="text"/> Medikamente <input type="text"/>
7. Nieren- / Blasen - System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
8. Zentralnervensystem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie, Herpes, Kopfschmerzen <input type="text"/>
9. Psychische Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Therapie: <input type="text"/>
10. Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
11. Hormonelle Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüse, Menopause, Pille <input type="text"/>
12. Sonstige spezielle Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche:

Neigen Sie zu Nachblutungen nach Verletzungen?

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Monat:

Wer ist Ihr Hausarzt:

Datum Unterschrift

