Anmeldeformular

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitte ich Sie um Ausfüllung dieses Erhebungsbogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, daß diese Angaben auf das strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Patient: _____
Name | Vorname | Geburtsdatum

Eltern: _____
(ges. Vertr.) Name | Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse/Vers.

Anschrift: _____
Postleitzahl | Ort | Straße | Telefon-Nr.

Arbeitgeber: _____
Telefon-Nr.

Beruf: _____
Heimatort

Bitte ausfüllen oder ankreuzen

	ja	nein
Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?	☐	☐

Behandelnder Arzt: .....

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt? .....

Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)	☐	☐
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	☐	☐
	Herzasthma, Angina pectoris	☐	☐
	Herzschrittmacher	☐	☐
Kreislauferkrankungen:	zu hoher Blutdruck	☐	☐
	zu niedriger Blutdruck	☐	☐
	Zustand nach Herzinfarkt	☐	☐
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	☐	☐
	Ohnmachtsanfälle	☐	☐
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐	☐
	Magen-Darmerkrankungen	☐	☐
	Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
Erkrankungen des Nervensystems:	epileptiforme Anfälle / Krämpfe	☐	☐
Bluterkrankungen:	Blutungsneigungen (Hämophilie)	☐	☐
	Blutarmut (Anämie)	☐	☐
Allergien:	Ekzeme	☐	☐
	Penicillin-Überempfindlichkeit	☐	☐
	Asthma	☐	☐
	Besitzen Sie einen Allergiepaß?	☐	☐
	Überempfindlichkeit gegen _____		
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	☐	☐
	Tuberkulose	☐	☐
	chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc.	☐	☐
Immunsystem:	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? AIDS/HIV	☐	☐

Sonstige Erkrankungen: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? _____

Zahnmedizinische Fragen:	Haben Sie Schmerzen – an Zähnen?	☐	☐
	– am Zahnfleisch?	☐	☐
	– im Kiefer oder Ohrbereich?	☐	☐
	Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?	☐	☐
	Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	☐	☐
	Haben Sie häufig Kopf-, Nacken-, Schulter- oder Kaumuskelschmerzen?	☐	☐
	Haben Sie manchmal das Gefühl, Mundgeruch zu haben?	☐	☐
	Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen?	☐	☐
Weitere Angaben:	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	☐	☐
	Sind Sie frisch operiert?	☐	☐
	Rauchen Sie?	☐	☐
	Sind Sie schwanger? (Welcher Monat? .....)	☐	☐

Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendige Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

Ich danke Ihnen für Ihre Angaben. _____
Datum/Unterschrift