

## Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich Willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

### Patient:in

Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum-und ort:  
Adresse:  
E-Mail:  
Telefonnummer:  
Beruf:  
  
Ihr Hausarzt:in:

### Wer ist Hauptversicherter:in?

Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:  
  
Versicherungsgesellschaft \_\_\_\_\_  
Sind Sie beihilfeberechtigt? ja  nein   
Sind Sie zusatzversichert? ja  nein   
Sind Sie gesetzlich versichert? ja   
privat versichert? ja   
Haben Sie einen Pflegegrad? ja  nein

### Allgemeine Situation

Leiden Sie an einer Allergie von Medikamenten bzw. Materialien? ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Leiden Sie an Asthma (Atemnot)? ja  nein   
Haben Sie ein Anfallsleiden (Epilepsie)? ja  nein   
Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja  nein   
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung? ja  nein   
Hatten Sie einen Herzinfarkt/Schlaganfall? Wenn ja, wann? ja  nein   
Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja  nein   
Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja  nein   
Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja   
niedrigen Blutdruck? ja   
Haben Sie Diabetes? Wenn ja, wie ist Ihr aktueller HbA1c- Wert? ja  nein   
Rauchen Sie? ja  nein   
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja  nein   
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja  nein   
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja  nein   
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja  nein   
HIV/Aids  Hepatitis B  Hepatitis C  Tbc  Sonstige   
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja  nein

---

Haben Sie grünen Star? ja  nein   
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_ ja  nein

Bitte wenden 

Bitte beachten Sie, dass nach einer örtlichen Betäubung die Fahrtüchtig- und Reaktionsfähigkeit 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann. Zur Betäubung der Unterkieferseitenzähne kann es in sehr seltenen Fällen zu einer Schädigung des Kiefer- oder Zungennervs kommen, bei der in der Regel eine Spontanheilung eintritt, in sehr seltenen Fällen eine dauerhafte Gefühlsstörung. Fragen Sie hierfür bitte unseren Aufklärungsbogen an!

**Mund- Zahn- Situation: Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?**

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja  nein

Sonstiger Grund \_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnschmerzen? ja  nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja  nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Sind Ihre Zähne gelockert? ja  nein

Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? ja  nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? Schmerzen im Nacken/Rücken? ja  nein

Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung? ja  nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja  nein

Wie würden Sie Ihr Lächeln auf einer Skala von 1 bis 10 bewerten? Bitte ankreuzen:

☺ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

Was würden Sie gern an Ihrem Lächeln verändern?

Geradere Zähne  Weißere Zähne  Ersatz von abgebrochenen/fehlenden Zähnen

Besteht Interesse an einer intensiven Vorsorge gegen Karies oder Zahnfleischrückgang (z.B. Professionelle Zahnreinigung, Air Flow Reinigung) ? ja  nein

Wünschen Sie Informationen über Zahnimplantate (künstliche Zahnwurzeln)? ja  nein

Nennen Sie uns Ihre besonderen Wünsche beim Zahnarzt \_\_\_\_\_

An regelmäßige Termine Kontrolluntersuchungen und Professionelle Zahnreinigung möchte ich erinnert werden und willige hierzu ausdrücklich ein.

Uns liegt viel daran, dass Sie sich wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen zur Verfügung.

Wir führen unsere Praxis nach dem Bestellsystem und das ermöglicht Ihnen in der Regel nur kurze Wartezeiten. Gibt es akute Schmerz- oder Notfälle, können Wartezeiten auftreten. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte spätestens 24 h vorher ab. In anderen Fällen behalten wir uns vor, Ausfallzeiten in Rechnung zu stellen (§615 BGB, §287 ZPO).

Bei der Gesetzlichen Krankenversicherung reichen Sie bitte Ihre Versicherungskarte binnen 10 Tage ein/nach, da Ihnen ansonsten die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben sowie die Kenntnisnahme des Datenschutzes.

**Lippstadt, den**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

