

Anmeldeformular

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Mundgesundheit anvertrauen wollen.

Um die für Ihre Behandlung geeigneten Verfahren und Medikamente auswählen zu können, bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen.

Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:	Vorname:	Geb.:
Wohnort:	Straße/Nr.	Telefon:
Beruf:	Arbeitgeber:	
Versicherung:	Freiw. Mitglied:	
Pflichtmitglied:		
Beihilfeberechtigt::		
Versicherter:	Geb.:	

Ihr Hauptanliegen:

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Haben oder hatten Sie Beschwerden im Mund-Kiefer-Bereich?

Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein	Falls Sie mit ja antworten; bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen.
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankungen, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glaukom (erhöhter Augendruck, Grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hämatologische Erkrankungen (Erkrankungen blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mangeldurchblutung des ZNS (Zentr. Nervensys.)/ Apoplex (Schlaganfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestörtes Reizbildungs- und Reizleitungssystem des Herzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arteriosklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Muskelschwäche (Myasthenia gravis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis (Gelbsucht), welcher Typ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunmangel-Syndrom (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere Operationen, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bisherige lokale Betäubungsspritzen bei Ihrem Zahnarzt vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen(z.B. Depressionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente, welche?

Hausarzt:

Telefon:

Letzte Röntgenuntersuchung?

Für den Erhalt Ihrer Zahngesundheit ist es wichtig, nach abgeschlossener Behandlung eine regelmäßige, individuell auf Sie zugeschnittene Kontrolle durchzuführen. Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich im Rahmen des Recalls zur Terminvereinbarung anrufen.

Datum:

Unterschrift: