



Anmelde-Formular

Zur Durchführung der zahnärztlichen Behandlung benötigen wir noch einige Angaben von Ihnen.
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß, da sie unsere Therapie beeinflussen können.

Name, Vorname: _____ geb. am: _____ Geburtsort: _____

Versicherter: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Arbeitgeber: _____ Telefon: _____

Beruf: _____ Krankenkasse: _____

Beihilfe: Ja Nein Zusatzversicherung: Ja _____ Nein

Besteht eine Einstufung in einen Pflegegrad nach § 15 SGB XI? Ja Pflegegrad: _____ Nein

Erhalten Sie eine Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII? Ja Nein

Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?..... Ja Nein

Ihr Hausarzt _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente überempfindlich? Ja Nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Haben Sie Reaktionen auf Spritzen? Ja Nein

Haben Sie **Gelbsucht** (Hepatitis A, B, C)? Ja Nein

Für Patientinnen: besteht z.Zt. eine Schwangerschaft? Ja Nein

Leiden Sie an:

Herzkrankungen (z.B. **Endokarditis** **Herzschrittmacher**)..... Ja Nein

Kreislaufkrankungen, **Ohnmachtsneigung**? Ja Nein

Erhöhter Blutdruck? **Niedriger Blutdruck?** Ja Nein

Osteoporose? Ja Nein

Blutkrankheiten, **Blutungsneigung**? Ja Nein

Allergien (z.B. **Heuschnupfen** **Asthma**)? Ja Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein

Rheuma? Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

Infektionserkrankungen (AIDS)? Ja Nein

Sonstige Erkrankungen? Ja Nein

Raucher? Nein Ja , mehr als 20 Zigaretten pro Tag Ja

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen der Zähne angefertigt? Ja Nein

Grund Ihres Zahnarztbesuchs?

Kontrolluntersuchung Zahnschmerzen Zahnfleischbluten

Sind Sie mit dem Erscheinungsbild Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Datum _____ Unterschrift _____

Zur regelmäßigen Kontrolle Ihrer Zähne sind zwei Zahnarztbesuche im Jahr sinnvoll. Wir bieten Ihnen an, Sie an diese Termine zu erinnern. Wenn Sie dies möchten, unterschreiben Sie bitte noch einmal:

Datum _____ Unterschrift _____