

## Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir möchten Sie optimal versorgen! Dafür benötigen wir, neben einigen allgemeinen Daten, auch Informationen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen gewissenhaft aus und teilen uns Änderungen sofort mit. Unsere Mitarbeiterinnen stehen Ihnen natürlich bei Fragen jederzeit zur Seite.

### Patient

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

### Wer ist Hauptversicherter?

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Telefonnummern

Privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Geschäftlich: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: ja  nein

### Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja  nein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Pflichtversichert: ja  nein

Besteht eine Zusatzversicherung? ja  nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Hat uns jemand empfohlen?

\_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

### Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Asthma? ja  nein

Leiden Sie an einer Allergie? ja  nein

Wenn ja, welche Allergien haben Sie? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja  nein

Haben/Hatten Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja  nein

Haben/Hatten Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja  nein

Haben/Hatten Sie einen Herzklappenfehler, Herzklappenersatz oder Herzschrittmacher?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Benötigen Sie Endokarditisprophylaxe?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Haben Sie Gerinnungsstörungen oder bluten Sie nach Verletzungen lange?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (Marcumar, ASS, Pradaxa, Godamed, Xarelto etc.)?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____				
Besitzen Sie einen Herzpass?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Haben Sie einen hohen/niedrigen Blutdruck?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Haben Sie Diabetes?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> HIV/AIDS	<input type="radio"/> Hepatitis A/B/C		<input type="radio"/> Tuberkulose	
Nehmen Sie Medikamente ein?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____				
Haben Sie eine Nierenerkrankung?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Migräne?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Haben Sie grünen Star?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Haben/Hatten Sie eine Krebserkrankung?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____				
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Sind Sie schwanger, wenn ja, in welcher Woche?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Hatten Sie im letzten Jahr Operationen und Krankenhausaufenthalte (z. B. künstl. Gelenk)?				Woche _____
Wenn ja, welche? _____				
Besitzen Sie einen Röntgenpass?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Möchten Sie darüber eine Beratung?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden:				
<input type="radio"/> Kontrolluntersuchungen	<input type="radio"/> Professionelle Zahnreinigung			
Die Erinnerung wünsche ich	<input type="radio"/> per E-Mail	<input type="radio"/> per SMS	<input type="radio"/> per Brief	

Damit wir die Wartezeit so kurz wie möglich halten können, sind wir darauf angewiesen, dass Sie uns spätestens 24 Stunden vorher informieren, falls Sie einen Termin nicht einhalten können. Nicht abgesagte Termine, die eine Stunde und länger eingeplant sind, müssen wir leider bei Nichtabsage privat in Rechnung stellen.

Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Bogens benötigen, können Sie sich natürlich an unsere Mitarbeiter oder Ihren behandelten Arzt wenden. Sie können auch Themen, die Ihnen unangenehm sind, mit Ihrem Behandler unter vier Augen besprechen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

**Zahnwelt Dr. Christian Ostertag**  
**Spalter Straße 58**  
**91183 Abenberg**

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Patientin/Patient