

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

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

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

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

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

E-Mail privat: \_\_\_\_\_

### Wer ist Hauptversicherter?

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

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

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

### Telefonnummern

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

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

Geschäftlich: \_\_\_\_\_

### 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 einer Allergie? ja  nein

Leiden Sie an Asthma? ja  nein

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja  nein

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

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  nein

Benötigen Sie Endokarditisprophylaxe? ja  nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen oder bluten Sie nach Verletzungen lange? ja  nein

Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente (Marcumar, ASS, Pradaxa,  
Godamed, Xarelto etc.)? ja  nein

\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Herzpass? ja  nein

**bitte wenden ==>>>**

Haben Sie einen hohen/niedrigen Blutdruck? ja  nein   
 Haben Sie Diabetes? ja  nein   
 Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja  nein   
 Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja  nein   
 HIV/AIDS  Hepatitis A/B/C  Tuberkulose   
 Nehmen Sie Medikamente ein? ja  nein   
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja  nein   
 Leiden Sie unter Migräne? ja  nein   
 Haben Sie grünen Star? ja  nein   
 Haben/Hatten Sie eine Krebserkrankung? ja  nein   
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja  nein   
 Rauchen Sie? ja  nein   
 Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? ja  nein  Woche \_\_\_\_\_

Hatten Sie im letzten Jahr Operationen und Krankenhausaufenthalte (z. B. künstl. Gelenke)?  
 Wenn ja, welche?  
 \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja  nein   
 Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung? ja  nein   
 Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten? ja  nein   
 Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja  nein   
 Möchten Sie darüber eine Beratung? ja  nein

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden:

Kontrolluntersuchungen  Professionelle Zahnreinigung   
 Die Erinnerung wünsche ich per Brief  per E-Mail

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 privat in Rechnung stellen.

Sollten Sie Fragen oder Hilfe beim Ausfüllen des Bogens haben, können Sie sich natürlich an unsere Mitarbeiterinnen 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