

## Anamnese- und Anmeldebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus.

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geboren am
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ / Ort	Straße / Hausnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Krankenkasse / Versicherungsstatus

- gesetzlich pflichtversichert  privat versichert  
 privat: Basistarif  Beihilfe

Name der Krankenkasse

### Terminabsage

Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, müssen 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls stellen wir Ihnen den Zeitaufwand in Rechnung.

### Schweigepflichtsentbindung

Ich stimme einem behandlungsrelevanten Austausch zwischen Zahnärztin und behandelnden Ärzten/Therapeuten zu. Beihilfeberechtigte müssen die Differenz zwischen Erstattung und Rechnungsbetrag selbst bezahlen. Es gibt für die Zahnärztin keine Begründung, die sämtliche Anforderungen der Beihilfe erfüllt.

### LEIDEN ODER LITTEN SIE AN ERKRANKUNGEN FOLGENDER ORGANE?

#### Herz

- |   |                      |   |                               |
|---|----------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Zustand nach Infarkt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herzinsuffizienz              |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Muskelentzündung     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Verengung der Herzkranzgefäße |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Rhythmusstörungen    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Bypassoperation               |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herzklappenersatz    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Schrittmacher                 |

#### Kreislauf

- |   |                     |   |                        |
|---|---------------------|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Bluthochdruck          |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Angina pectoris     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Schlaganfall        |   |                        |

#### Erkrankung des blutbildenden Systems

- |   |           |   |        |
|---|-----------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Blutarmut | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Bluter |
|---|-----------|---|--------|

## Augen

Ja  Nein Grauer Star

Ja  Nein Grüner Star

## Atmungswege / Lunge

Ja  Nein Asthma

Ja  Nein Bronchitis

## Magen-Darm-Trakt

Ja  Nein Magenerkrankung

Ja  Nein Darmerkrankung

## Blase / Nieren

Ja  Nein Blasenerkrankung

Ja  Nein Nierenerkrankung

Ja  Nein Dialyse

## Leber

Ja  Nein Gelbsucht

Ja  Nein Hepatitis

## Bewegungsapparat

Ja  Nein Rheuma

Ja  Nein Rheumatoide Arthritis

Ja  Nein Gicht

## Zentrales Nervensystem

Ja  Nein Epileptische Anfälle

## Vegetatives Nervensystem

Ja  Nein Kopfschmerzen

Ja  Nein Migräne

## Stoffwechsel

Ja  Nein Zuckerkrankheit (Diabetes)

Ja  Nein Schilddrüsenüberfunktion

Ja  Nein Schilddrüsenunterfunktion

## LEIDEN ODER LITTEN SIE AN FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Ja  Nein Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten

Ja  Nein HIV bzw. AIDS, Tuberkulose

Ja  Nein Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

Ja  Nein Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Titel

Arzt

Ort

Telefon

## SONSTIGE MEDIZINISCH WICHTIGE INFORMATIONEN

Ja  Nein Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

Ja  Nein Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?

Ja  Nein Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche?

Ja  Nein Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche?

Ja  Nein Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?  
Wenn ja, welche?

Ja  Nein Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  
Wenn ja, welche?

Ja  Nein Besitzen Sie einen Allergiepass?  
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?

Ja  Nein Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche?

Ja  Nein Sind Sie zur Zeit schwanger?  
Wenn ja, in welchem Monat?

## WEITERE ADMINISTRATIV WICHTIGE INFORMATIONEN

Ja  Nein Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

Ja  Nein Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann, und zwar sowohl durch die Behandlung an sich als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gern ein Taxi.

Gräfelfing, den

Datum

Unterschrift (bzw. handschriftlich nach dem Druck)