

# ANMELDUNG

---

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum
---------------	---------	--------------

---

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Telefax
--------------------	----------	-----------------

---

Versicherter: Name	Vorname	Geburtsdatum
--------------------	---------	--------------

---

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Telefax
--------------------	----------	-----------------

---

**Krankenkasse\*) / Krankenversicherung**

Sind Sie freiwillig versichert? **)	Ja	0	Nein	0
Haben Sie eine Zusatzversicherung?	Ja	0	Nein	0
Sind Sie beihilfeberechtigt?	Ja	0	Nein	0

---

\*)Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn der Schein nicht innerhalb 10 Tagen vorgelegt wird.

\*\*) Freiwillig Versicherten und deren Angehörigen erstattet die Krankenkasse die Behandlungskosten gegen Rechnung  
Das kann vorteilhaft sein. Sprechen Sie mit uns!

---



---

Beruf	Arbeitgeber	Telefon/Telefax
-------	-------------	-----------------

Durch wen wurden Sie empfohlen?

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

	0	Karies- und Parodontoseprophylaxe
	0	Zahnfarbene Füllungen
Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?	0	Goldfüllungen
Wünschen Sie nur eine Behandlung der z.Z. vorhandenen Beschwerden?	0	Amalgamentfernung
	0	Quecksilberentgiftung
	0	Parodontosebehandlung
	0	Implantate
	0	Kiefergelenksbehandlung

**Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.**

---

Datum, Unterschrift

**Für Ihr Krankenblatt benötigen wir die folgenden Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich wie alle persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht.**

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches?.....

### **Allgemeine Angaben**

1. Haben Sie Materialpässe ( z. B. Röntgenpass, Allergiepass usw.) ? .....
2. Haben Sie einen gerichtlich bestimmten Betreuer ?.....

### **Allgemeine Anamnese**

#### **Bestanden oder bestehen:**

- 1. HERZERKRANKUNGEN**.....  
(Herzinfarkt, Angina Pectoris, Arrhythmien, Herzschrittmacher, angeborene oder erworbene Herzfehler, Endokarditis, etc.)
- 2. KREISLAUFERKRANKUNGEN**.....  
(hoher oder niedriger Blutdruck)
- 3. BLUTERKRANKUNGEN**.....  
(Blutungsneigung, Gerinnungsstörungen, eventl. Quickwert, Anämie)
- 4. LUNGENERKRANKUNGEN**.....  
(Asthma, Atemnot, chron. Bronchitis)
- 5. GEFÄSSERKRANKUNGEN**.....  
(Thrombose, Durchblutungsstörungen)
- 6. UROGENITALERKRANKUNGEN**.....  
(Nieren, Prostatahypertrophie)
- 7. AUGENERKRANKUNGEN**.....  
(Grüner Star oder Glaucom)
- 8. HAUT/SCHLEIMHAUTERKRANKUNGEN**.....  
(Herpes, Pilzinfektion, Lichenplanus, Neurodermitis, etc.)
- 9. STOFFWECHSELERKRANKUNGEN**.....  
(Diabetes, Über-/Unterfunktion der Schilddrüse)
- 10. ANFALLSLEIDEN**.....  
(Epilepsie)
- 11. INFEKTIONSERKRANKUNGEN**.....  
(Hepatitis, TBc, HIV-erkrankt oder positiver Test)
- 12. SONSTIGE ERKRANKUNGEN**.....
- 13. ERKRANKUNGEN DES IMMUNSYSTEMS**.....  
(Penicillinallergie, andere Allergien, Asthma, etc.)
- 14. Osteoporose** .....
- 15. Bekommen Sie regelmäßig eine Infusion?**.....
- 16. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (Blutverdünner, Biphosphonate)**.....
- 17. Sind Sie schwanger?**.....  
(Woche)
- 18. Rauchen Sie, wenn ja- wie viele /Tag**.....

## Spezielle Anamnese

Haben Sie Zahnschmerzen ?.....

Haben Sie Zahnfleischbluten ?.....

Haben Sie Beschwerden beim Kauen?.....

Haben Sie Zahnwanderungen beobachtet?.....

Wurde bei Ihnen eine kieferorthopäd. Behandlung durchgeführt?.....

Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk-/Ohrbereich?.....

Hatten Sie früher schon mal eine Professionelle Zahnreinigung?.....

**Teilen Sie bitte mit, falls Ihr Gesundheitszustand sich verändert. Bedenken Sie daß  
Medikamente wie Betäubungsspritzen Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr  
beeinträchtigen.**