



Anmeldebogen allgemein und Schmerzpatient

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinische Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Dr. Annegret Schultze

Patient

Herr/ Frau/ Kind _____
Name Vorname geb.

Persönliche
Anschrift

_____ Strasse Nr. Postleitzahl Ort
_____ Telefon privat Telefon dienstlich e-mail Adresse

Versicherungs-
verhältnis

gesetzlich private Zusatzversicherung Beihilfe privat

Krankenkasse _____

Beruf/
Arbeitgeber/
Anschrift _____

Wie kamen
Sie in meine
Praxis? _____

Wünschen Sie von uns darüber informiert werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja nein

Möchten Sie spezielle Informationen über:

- Zahnersatz Füllungstherapien CMD Funktionelle Störungen und Therapie
 Prophylaxeprogramm Implantologische Leistungen
 Befreiung Ihrer Schmerzen Parodontitis / -vorsorge
 Ästhetische Zahnmedizin Sonstiges

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

nein ja wenn ja: per E-Mail per Post



Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient,
 um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu
 können, bitte wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte
 (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie
 mich gern fragen.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?
 Falls Sie mit *ja* antworten bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen.

	Ja	Nein	
1. Allergie (Welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Atemwegserkrankungen (Welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Diabetes (Welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Hämatologische Erkrankungen (Erkrankungen blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Herz- Kreislauf- Erkrankungen			
8.1 Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.2 Koronare Herzkrankheit Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.3 Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.4 Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.5 Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.6 Herzklappenfehler/ -ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.7 Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.8 Hypotonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.9 Mangeldurchblutung des ZNS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Infektionskrankheiten			
9.1 Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.2 AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12.1 Chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12.2 Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Rheumatische Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Frühere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20. Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer Mundgesundheit:

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
• Waren Sie in den letzten 2 Jahren in zahnärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sind Röntgenbilder Ihrer Zähne vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch? Welche? <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/> Zahnfleischrückgang <input type="checkbox"/> Zahnfleischschwellung <input type="checkbox"/> Sonstiges.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bemerken Sie Veränderungen der Zahnstellung? Zahnlockerungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bemerken Sie Überempfindlichkeiten Ihrer Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bemerken Sie schlechten Geschmack/ Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bemerken Sie Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke, Kaumuskulatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bemerken Sie Zähneknirschen oder Zähne pressen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bemerken Sie Verspannungen Ihrer Nackenmuskulatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bemerken Sie Ohrgeräusche (Tinnitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hatten Sie eine Zahnfleischbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hatten Sie eine Zahnstellungskorrektur (KFO-Therapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hatten Sie eine Verletzung im Mund- und Kieferbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hatten Sie eine Verletzung im Kopf-, Nackenbereich, der Halswirbelsäule oder des Gesichtes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie häufig Kopfschmerzen /Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie Schmerzen beim Kauen/ Sprechen/ Mundöffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sind Sie mit dem Aussehen / Zustand Ihrer Zähne zufrieden? Wenn Nein, warum nicht? <input type="checkbox"/> Farbe <input type="checkbox"/> Verfärbungen <input type="checkbox"/> Form <input type="checkbox"/> Füllungen <input type="checkbox"/> sonstiges..... <input type="checkbox"/> Zahnkronen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und zu guter Letzt:

Bestätigung und Einwilligung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und willige darin ein, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten elektronisch erhoben und gespeichert werden. Mir ist auch bekannt, dass nach Betäubung die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Meine Angaben werden vertraulich behandelt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten)