



ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.**

Wir, das Team der Praxis für funktionelle Zahnmedizin Dr. Philippe Dächert, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE DATEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
bei Familienmitgliedern Angabe der des Versicherten		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Ort
Telefon (privat)	Telefon (geschäftlich)	Telefon (mobil)
E-Mail		
Beruf	Arbeitgeber	

Krankenkasse: _____ gesetzlich privat Beihilfe Zahnzusatzversicherung

Für privat Versicherte: Sind Sie in einem Basistarif | Standardtarif versichert? Ja Nein

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Was ist der Grund Ihres Besuchs? _____

Was wünschen Sie sich langfristig für Ihre Zahngesundheit? _____

Leiden Sie unter Zahnschmerzen? Ja Nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? Ja Nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Ja Nein

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja Nein

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? Ja Nein

Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Wie alt ist Ihr Zahnersatz (Krone | Brücke | Prothese)? _____

Sind Sie mit Ihrem Zahnersatz zufrieden? Ja Nein

WÜNSCHEN SIE INFORMATIONEN ÜBER FOLGENDE BEHANDLUNGEN?

Amalgamsanierung | Zahnfarbene-keramische Füllungen | Inlays Ja Nein

Professionelle Zahnreinigung | Prophylaxeleistungen Ja Nein

Hochwertiger Zahnersatz Ja Nein

Kosmetische Zahnheilkunde Ja Nein

Implantate Ja Nein

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

*Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Asthma	<input type="checkbox"/>	HERZKRANKHEITEN	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Herzfehler	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Probleme	<input type="checkbox"/>	Herzoperation (Klappenersatz Stent Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Herz- Kreislaufferkrankungen	<input type="checkbox"/>
Leber- Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenveränderungen	<input type="checkbox"/>	Endokarditisprophylaxe benötigt	<input type="checkbox"/>
Operation im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/>	INFEKTIONSKRANKHEITEN	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	HIV AIDS	<input type="checkbox"/>
Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/>	MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob Varianten CJK	<input type="checkbox"/>

-
- Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung? Ja Nein Wenn ja, weshalb? _____
- Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Ja Nein
- Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten? Ja Nein Wenn ja, gegen welche? _____
- Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____
- Schnarchen Sie? Ja Nein
- Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung? _____
- Nur für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR SIE

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie über halbjährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie Zahnreinigung zu informieren. Wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

per Post per Email per SMS per Anruf kein Interesse

Wünschen Sie eine Terminerinnerung? Wenn ja, auf welchem Wege?

per SMS per Anruf kein Interesse

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden? Wenn ja, auf welchem Wege?

per Post per Email kein Interesse

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der Praxis Dr. Philippe Dächert