



## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

### SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT, HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS.

Wir, das Team der Praxis für nachhaltige Zahnheilkunde 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

Bei Familienmitgliedern Angabe der | des Versicherten:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)

\_\_\_\_\_  
Telefon (mobil)

\_\_\_\_\_  
Telefon (geschäftlich)

Ihre Handynummer ist wichtig für unsere automatische Terminerinnerung per SMS.

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

gesetzlich       Zahnzusatzversicherung       privat       Beihilfe

### ANGABEN ZU IHREM ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND

\*Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

#### ZU IHRER GESUNDHEIT

- Ja  Nein Leiden Sie unter Zahnschmerzen?  
 Ja  Nein Blutet Ihr Zahnfleisch?  
 Ja  Nein Leiden Sie unter Mundgeruch?  
 Ja  Nein Wurden Ihre Weisheitszähne bereits entfernt?  
 Ja  Nein Haben sie eine Knirscherschiene?  
 Ja  Nein Leiden Sie unter Kopfschmerzen/  
Nackenschmerzen oder wachen mit  
Kopfschmerzen/Nackenschmerzen auf?  
 Ja  Nein Schnarchen Sie?  
 Ja  Nein Operation(en) im Mund- | Kiefer- |  
Gesichtsbereich – Epilepsie  
 Ja  Nein Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?

#### HERZ- UND KREISLAUFERKRANKUNGEN

- Herz**  
 Ja  Nein Zustand nach Infarkt  
 Ja  Nein Herzinsuffizienz  
 Ja  Nein Muskelentzündung  
 Ja  Nein Verengung der Herzkranzgefäße  
 Ja  Nein Rhythmusstörungen  
 Ja  Nein Bypassoperation  
 Ja  Nein Herzoperation (Klappenersatz?/Stents?)  
 Ja  Nein Schrittmacher
- Kreislauf**  
 Ja  Nein niedriger Blutdruck (Hypotonie)  
 Ja  Nein Bluthochdruck (Hypertonie)

- Ja  Nein Angina pectoris  
 Ja  Nein Durchblutungsstörungen  
 Ja  Nein Schlaganfall  
 Ja  Nein Endokarditisprophylaxe benötigt

#### ERKRANKUNG DES BLUTBILDENDEN SYSTEMS

- Ja  Nein Blutarmut  
 Ja  Nein Bluter

#### AUGEN

- Ja  Nein Grauer Star (Katarakt)  
 Ja  Nein Grüner Star (Glaukom)

#### 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)

---

Wenn ja, wie hoch ist Ihr aktueller HbA1cWert?

- 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 Osteoporose  
 Ja  Nein Röteln, Mumps, Masern, Scharlach  
 Ja  Nein MRSA (Krankenhauskeim) Creutzfeldt-Jakob | Varianten CJK

**WENN SIE WEGEN EINER DER GENANNTEN ERKRANKUNGEN IN BEHANDLUNG SIND, NENNEN SIE UNS BITTE DIE KONTAKTDATEN IHRES HAUSARZTES.**

---

Arzt/Name

---

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 Erkrankung?

- Ja  Nein Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

---

Wenn ja, welche Medikamente?

- Ja  Nein Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

---

Wenn ja, welche Drogen?

- Ja  Nein Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe z.B. örtliche Betäubung?

---

Wenn ja, gegen welche Stoffe oder Medikamente?

- 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 Nebenwirkungen?

- Ja  Nein Sind Sie z.Zt. schwanger?

---

Wenn Ja, in welchem Monat?

- Ja  Nein Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

- Ja  Nein Rauchen Sie?  
 Ja  Nein Wenn Ja, Rauchen Sie mehr als 10 Zigaretten am Tag?  
 Ja  Nein Haben Sie eine transplantiertes Organ oder /und eine Immunsuppression?

---

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?

#### WEITERE ADMINISTRATIV WICHTIGE INFORMATIONEN:

- Ja  Nein Wollen Sie in unser Vorsorgeprogramm aufgenommen werden?

Wie zufrieden sind sie mit der Farbe Ihrer Zähne? Bitte kreuzen Sie hier auf einer Skala von 1–10 an (1 = Nicht, 10 = Sehr):

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie zufrieden sind Sie mit der Form Ihrer Zähne? Bitte kreuzen Sie hier auf einer Skala von 1–10 an (1 = Nicht, 10 = Sehr):

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

#### HINWEIS ZUR VERKEHRSTÜCHTIGKEIT NACH ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNGSTERMINEN

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 daher gern ein Taxi.

#### 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. Sollten sie zum vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir Sie uns dies rechtzeitig (mind. 48h vorher) mitzuteilen. Sollte dies nicht geschehen, behalten wir uns die Berechnung einer Ausfallgebühr im Sinne des BGB § 612, § 615 und § 293 vor.

---

Flörsheim, den

---

Unterschrift

**WIR DANKEN IHNEN HERZLICH FÜR IHRE BEANTWORTUNGSZEIT!**  
**IHR TEAM DER PRAXIS DR. PHILIPPE DÄCHERT**

