



## Anmeldung / ANAMNESEBOGEN

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

#### Persönliche Daten

Name/ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße/ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz \_\_\_\_\_ Tel. Mobil \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

#### Krankenkasse/Krankenversicherung

Gesetzlich versichert  ja  nein Privat versichert  ja  nein Basistarif  ja  nein  
Zusatzversicherung  ja  nein Beihilfeberechtigt  ja  nein

#### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name/ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße/ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Liegt bei Ihnen eine Pflegestufe vor?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

#### Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

#### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung  Telefon-/Branchenbuch

Überweisung von \_\_\_\_\_

Zeitungsanzeige

Internet, über die Seite \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

Routinekontrolle  neuen Zahnersatz  Beratung  „zweite Meinung“  Schmerzbehandlung

Sonstiges \_\_\_\_\_



Haben Sie akute Schmerzen?  Ja  nein

Wenn ja, wie äußern sie sich?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß/ sauer
- Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder beim Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündung am Zahnfleisch

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

- |                         |                             |                               |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leber                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenke (Rheuma)        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wirbelsäule             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Haben oder hatten Sie ...

- |                             |  |                               |
|-----------------------------|--|-------------------------------|
| Hepatitis                   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche?            | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |                               |
| Hohen Blutdruck             | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedrigen Blutdruck         | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes                    | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfleischbluten           | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohrensausen/ Tinnitus       | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie                   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| Grünen Star                 | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| eine Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV (Aids)                  | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| Allergien                   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche?            |  |                               |

Haben Sie einen Allergiepass?  ja  nein  
 Sonstige Infektionen/ Erkrankungen:

---

Fragen/ Anmerkungen:

---

---

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> eine Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris   |
| <input type="checkbox"/> einen Herzschrittmacher    | <input type="checkbox"/> einen Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> eine künstliche Herzklappe |  |

Medikamente: Nehmen Sie ...

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente  | <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel  | <input type="checkbox"/> Antidepressiva        |
| <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, ASS, Xarelto®, Lixiana) |  |

andere Medikamente: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja  nein  
wenn ja, gegen welche?

---

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?  ja  nein  
Wenn ja, in welcher Woche?

---

... zum Schluss:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Knirschen Sie mit den Zähnen                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rauchen Sie?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

(Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.)

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/ Computertomographie? (Datum/Körperteil)

---

Haben Sie ein Bonusheft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung personenbezogener Daten in der Praxis sowie der schriftlichen Terminerinnerung ausdrücklich zu.

Hinweise zu den Datenschutzbestimmungen und diesbezügliche rechtliche Regelungen können Sie im Menüpunkt Datenschutzerklärung auf der Website [www.dr-bollmann.de](http://www.dr-bollmann.de) einsehen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_