

# Anmeldeformular

## Allgemeine Informationen

Patient ( Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Ehegatte  Vater/Mutter

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sind Sie von Zuzahlungen befreit? Ja  Nein

Bei privaten Krankenversicherungen: Zusatzversichert: Ja  Nein

Beihilfeberechtigt: Ja  Nein

PKV Standardtarif: Ja  Nein

Was ist der Grund Ihres Praxisbesuchs? \_\_\_\_\_

Wurde Ihnen diese Praxis empfohlen? Wenn ja, durch wen? \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragebogen (allgemein)

Waren Sie vor kurzem oder befinden Sie sich momentan in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, aus welchem Grund? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Wird bei Ihnen eine medikamentöse Therapie mit Bisphosphonaten durchgeführt? Ja  Nein

Vertragen Sie gewisse Arzneimittel/ Substanzen nicht? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_ Ja  Nein

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?

Wenn ja, worauf? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Herzerkrankungen

Diabetes

Bluthochdruck

Lebererkrankungen

Zu niedriger Blutdruck

Asthma

Herzklappenentzündung

Nervenerkrankungen

**BITTE WENDEN**

Künstliche Herzklappe

Herzinfarkt

Schlaganfall

Nierenerkrankungen

Infektionserkrankungen ( Tuberkulose/ Hepatitis/ HIV/ AIDS)  \_\_\_\_\_

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankungen

Osteoporose

Krampfleiden/ Epilepsie

Tumorleiden

## Gesundheitsfragebogen ( zahnärztlich)

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? Ja  Nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja  Nein

Neigen Sie zu Nachblutungen nach chirurgischen Eingriffen? Ja  Nein

Sind jemals Probleme bei zahnärztlichen Eingriffen aufgetreten? Ja  Nein

Wünschen Sie eine professionelle Zahnreinigung, Belagsentfernung  
oder eine Protheseneinigung? (kostenpflichtig!) Ja  Nein

Sind Sie interessiert an Alternativen zu herausnehmbaren Zahnersatz? Ja  Nein

Leiden Sie an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts-/ Nackenbereich? Ja  Nein

Schnarchen Sie? Ja  Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja  Nein

Seitenzähne werden in unserer Praxis mittels Amalgam versorgt.

Wünschen sie eine andere, kostenpflichtige Versorgung? Ja  Nein

Existieren Zahn-/ Kieferröntgenaufnahmen jüngerer Datums? Ja  Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und verpflichte mich, jede Änderung meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

---

Datum/ Unterschrift

Ich möchte gerne an die halbjährliche/ jährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden. Ja  Nein

---

Datum/ Unterschrift