

Anmeldebogen mit Anamnese 1-2

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**  
wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Jeder Arzt und Zahnarzt muss vor der ersten Untersuchung nach früheren Krankheiten und gegenwärtigen Beschwerden fragen. Wir bitten Sie daher, diesen Fragebogen vor der ersten Behandlung auszufüllen und uns wieder abzugeben bzw. zu übersenden. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der Fragen erleichtert unser anschließendes Gespräch.

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_

**Terminvereinbarungen**

Ihre Zeit ist kostbar und Sie können erwarten, dass wir Ihre Termine - von seltenen Notfällen abgesehen - pünktlich wahrnehmen. Wir danken Ihnen dafür, dass Sie es ebenso halten. **Die reservierte Zeit berechnen wir Ihnen nicht, wenn Sie spätestens 24 Stunden vorher eine Terminveränderung vereinbaren (§296 BGB).**  
Wenn Sie Ihren Termin nicht rechtzeitig absagen, behalten wir uns vor, Ihnen eine Privatrechnung zu erstellen. (**§615BGB**)

Email: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

Erhalten Sie wegen akuter Beschwerden einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Da dieser Termin außerhalb unseres Bestellrahmens liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse:  
Wenn Sie nicht selbst versichert sind, wer ist es dann?

**Für sozialversicherte Patienten wichtig**

Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorbei gebracht, erfolgt eine private (§15 GRG) Rechnungslegung.

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Wer soll die Rechnung erhalten? \_\_\_\_\_

**Für Beihilfepatienten wichtig**

Aus gegeben Anlass weisen wir auf folgendes Problem hin, welches durch die beihilfegewährenden Stellen verursacht wird. Durch die Privatversicherung Beihilfestellen wurde Ihnen suggeriert, dass Sie alle privat Zahnärztlichen Leistungen ersetzt bekommen; dieses ist nicht der Fall. Einerseits gibt es Leistungsziffern, die durch die Beihilfestellen nicht akzeptiert werden, andererseits werden Begründungen bei erhöhten Steigerungsfaktoren nicht anerkannt. Die sich daraus ergebenden Rechnungsdifferenzen werden zu Ihren Lasten gehen müssen. Die Beihilfestelle beruft sich in diesem Punkt auf ein Restrisiko, welches der Beamte selbst zu tragen habe.

Erhalten Sie Beihilfe des öffentlichen Dienstes? **O ja O nein**

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Lokalanästhesie**

Wenn indiziert, führen alle Zahnärzte zur Schmerzausschaltung eine sogenannte Lokalanästhesie durch. Dabei können einzelne Zähne oder Zahnreihen sowie deren umliegendes Gebiet für die Dauer der Behandlung betäubt werden. Wir müssen Sie darauf hinweisen, dass es bei dieser Routinemaßnahme in seltenen Ausnahmefällen zu vorübergehenden oder bleibenden Beeinträchtigungen des Zungen- bzw. Unterkiefernerve (Tastsinn), des Kiefergelenks (Kieferklemme) oder der umgebenden Gewebe kommen kann. Außerdem wurde ich über eine mögliche Fahruntüchtigkeit aufgeklärt. Desweiteren kann es zu Gefäßverletzungen und allergischen Reaktionen kommen, bis zum Kreislaufversagen.

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Wuppertal,

X \_\_\_\_\_

## Anmeldebogen mit Anamnese 2-2

### Grund der Überweisung

(BITTE beachten Sie, dass wir nur unseren Überweisungsauftrag ausführen; d.h. alle weiteren Behandlungen, welche über die gewünschte Therapie hinausgehen, erfolgen bei Ihrem Hauszahnarzt.)

## Anmeldebogen mit Anamnese 2-3

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an und ergänzen Sie!

### Allgemeinmedizinische Anamnese

#### Familienanamnese:

1. Sind in Ihrer Familie (Eltern und deren Geschwister, Großeltern und deren Geschwister, eigene Geschwister) folgende Krankheiten aufgetreten:

- 1.1 Parodontitis  nein  ja  
1.2 Allergien  nein  ja, welche \_\_\_\_\_  
1.3 Krebs  nein  ja, welche \_\_\_\_\_  
1.4 Diabetes  nein  ja, welcher Typ \_\_\_\_\_  
1.5 Gerinnungsstörung  nein  ja  
1.6 Herzerkrankungen  nein  ja, welche \_\_\_\_\_  
1.7 Knochenerkrankungen  nein  ja, welche \_\_\_\_\_  
1.8 Psychische Erkrankungen  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

#### Allgemeinanamnese

1. Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, warum \_\_\_\_\_  ja  nein

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja  nein

3. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (besonders Medikamente oder Lokalanästhetika)

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

4. Leiden Sie an Bluterkrankungen oder erhöhter Blutungsneigung

ja  nein

- von Willenrand-Jürgens-Syndrom

ja  nein

- Hämophilie A

ja  nein

- Hämophilie B

ja  nein

- Gerinnungsstörung

ja  nein

- sonstiges: \_\_\_\_\_  ja  nein

5. Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?

Herzerkrankung  ja  nein

- Herzinfarkt  ja  nein

- Bypass oder Stent  ja  nein

- Vorhofflimmern/Herzrhythmusstörungen  ja  nein

Bluthochdruck  ja  nein

Osteoporose  ja  nein

Nierenerkrankung  ja  nein

Störung der Nierenfunktion  ja  nein

Dialysebehandlung  ja  nein

Magen-Darm-Erkrankung  ja  nein

Krampfleiden (Epilepsie)  ja  nein

HbA1C Wert bei Diabetes unter 7 %  ja  nein

Infektionskrankheiten

(Tbc, Hepatitis A,B,C Aids/HIV, Lues, usw.)  ja  nein

Diabetes  ja  nein wenn ja, welcher Typ \_\_\_\_\_

Schlaganfall  ja  nein

Blutarmut (Anämie)  ja  nein

Asthma/COPD  ja  nein

Atemwegs-/Lungenerkrankung  ja  nein

Lebererkrankung (Gelbsucht)  ja  nein

Nervenerkrankung  ja  nein

Grüner Star  ja  nein

Rheuma  ja  nein

Schilddrüsenfehlfunktion  ja  nein

Krebs  ja  nein wenn ja, welcher Typ \_\_\_\_\_

6. Leiden Sie an einer Krankheit die hier nicht aufgeführt ist? \_\_\_\_\_  ja  nein

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche \_\_\_\_\_  ja  nein
8. Besteht bei Ihnen zur Zeit Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche \_\_\_\_\_  ja  nein
9. Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  ja  nein
10. Nehmen/Nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahren Bisphosphonat  
(wie Fosamax, Zometa, Xgeva, Prolia, Aclasta, Bonviva, Aredia) ein?  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  ja  nein
11. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? Marcumar, Falithrom, Aspirin/ Ass,  
Plavix, Clopidogrel, Pradaxa, Xarelto, Plavix, Heparin, Eliquis  ja  nein
12. Ist eine antibiotische Prophylaxe notwendig bei zahnärztlicher Behandlung notwendig (z.B. bei  
Organtransplantation, künstliche Gelenke, Endokarditis)  ja  nein
13. Bekommen Sie Spritzen oder Tabletten vom Orthopäden oder Onkologen?  ja  nein
14. Leiden Sie an Neurodermitis  ja  nein
15. Haben Sie überdurchschnittlich viel Stress/Belastungen  ja  nein
16. Besitzen Sie einen Pflegegrad (z.B. bei Wiedereingliederung, Behinderungen)  
welche \_\_\_\_\_ (Bitte Bescheinigung vorlegen!)  ja  nein, wenn ja:
17. (Bei Kindern/Jugendlichen mit getrennten Eltern) Besteht ein alleiniges Sorgerecht?  ja  nein

**Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

**Ich bestätige, dass ich nicht in einem Basistarif der Privaten Krankenversicherung versichert bin.**

Ich bestätige, alle vorstehenden Hinweise vernommen zu haben und die Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.  
Sollte ich noch Fragen bezüglich dieses Bogens haben kann ich diese jederzeit äußern.

Wuppertal,

X \_\_\_\_\_