

# Anmeldung | Anamnese

## Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in können Sie alternativ zur kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte auch mit Ihrer Krankenkasse abstimmen, Behandlungen auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung) durchzuführen. Weitere Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

**Patient/-in**  
Herr / Frau / Kind

Name		Vorname	geb.
------	--	---------	------

**Anschrift**

Straße / Hausnr.		E-Mail*	Geburtsort
Postleitzahl / Ort		Telefon oder Mobil	

**Beruf Patient/-in**

Arbeitgeber	
<input type="checkbox"/> Schüler / Student	

**Anschrift Arbeitgeber\***

Straße / Hausnr.		Postleitzahl / Ort	Telefon
------------------	--	--------------------	---------

**Ggf. ges. Vertreter/-in oder abweichende/-r RG-Empfänger/-in**  
(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

**Anschrift**

Name		Vorname	geb.
Straße / Hausnr.		E-Mail*	
Postleitzahl / Ort		Telefon oder Mobil	

**Beruf ges. Vertreter/-in oder abweichende/-r RG-Empfänger/-in\***

Arbeitgeber	
<input type="checkbox"/> Schüler / Student	

**Anschrift Arbeitgeber\***

Straße / Hausnr.		Postleitzahl / Ort	Telefon
------------------	--	--------------------	---------

**Name Kostenträger**  
(Krankenkasse oder Versicherung)

--	--	--

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert       | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert            | <input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert   | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert                               |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt      | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r)    | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert |   |   |



Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A / B / C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor / Karzinom / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Angaben / andere Krankheiten

Ihr Hausarzt:

Name	Anschrift	Telefon
Vorbehandelnde Zahnarztpraxis*		
Name	Anschrift	Telefon

b) Bestehen Allergien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Haben Sie einen Allergie-Pass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

c) Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Lähmungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	

d) Haben Sie einen zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie einen zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---	---	---

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie eine künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

3. Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Nehmen Sie Immunsuppressiva?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Nehmen Sie regelmäßig weitere Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	

4. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wieviel Zigaretten pro Tag?	
-----------------	---	--------------------------------------	--

5. Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
--------------------	---	--	--

6. Bestehen Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
-------------------------------	---	------------------	--

7. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ungewiss	Ggf. wievielte Woche	
----------------------------------	---	----------------------	--

8. Liegt / lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unfalldatum	
		Art. d. Verletzung	

9. Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welcher Schweregrad?	
--	---	-------------------------------	--

10. Liegt eine Eingliederungshilfe im Sinne des § 99 SGB IX vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
--	---	------------------	--

11. Legen Sie bei Bedarf 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.	
--	---	---	--

12. Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung / Computertomographie? (Datum / Körperteil)			

13. Haben Sie ein Bonusheft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?			

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:\*

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r