

## Anmelde- und Anamnesebogen

Patient		Versicherter (falls nicht identisch)	
Name		Name	
Vorname		Vorname	
geboren		geboren	
Strasse		Strasse	
PLZ	Ort	PLZ	Ort
Telefon privat			
Telefon dienstlich			
Mein Zahnarzt heißt		Mein Hausarzt heißt	
<input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert bei		<input type="checkbox"/> privat krankenversichert bei	
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert		<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	
<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen			

	Ja	Nein
<b>Waren Sie in den letzten 5 Jahren in ärztlicher Behandlung oder hatten Sie einen Krankenhausaufenthalt (Operationen)?</b> Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b> Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente (sog. Bisphosphonate) ein?</b> Actonel, Aredia, Bondronat, Bonafos, Clodron, Didronel, Fosamax, Ostac, Skelid, Zometa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeiten)?</b> Wenn ja, gegen welche Substanzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen?</b>			Ja	Nein	
Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (Leberentzündung) Wenn ja, wann/welcher Typ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie (hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV positiv (Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen (nehmen Sie z.B. Marcumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC (Lungenerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma		
<b>Ist Ihnen eine weitere Erkrankung bekannt?</b> Wenn ja, welche?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kieferbereich geröntgt worden?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mir ist bekannt, dass meine Straßenverkehrstauglichkeit nach operativen Eingriffen in Lokalanästhesie eingeschränkt ist. Bitte informieren Sie uns künftig über jede Änderungen Ihres Gesundheitszustandes.

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

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_