

## Herzlich Willkommen!

bitte in Druckbuchstaben ausfüllen bzw. ankreuzen

Name:	_____
Vorname:	_____
geb. am:	_____
Versicherte/r:	_____
geb. am:	_____
Straße:	_____
PLZ und Wohnort:	_____
Telefon privat:	_____
Mobil:	_____
E-Mail:	_____
Beruf:	_____
beschäftigt bei:	_____
Telefon geschäftlich:	_____
Krankenkasse:	_____
Zusatzversicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beihilfeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Empfohlen bzw. überwiesen durch:	_____

Allgemeinerkrankungen haben Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung. Wir möchten Sie daher bitten, die umseitigen Fragen zu beantworten, damit wir unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand und Ihren individuellen Bedürfnissen anpassen können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

bitte wenden 

## Medizinische Anamnese

	ja	nein	falls ja, bitte ergänzende Angaben eintragen
1. Allergien, Medikamentenunverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Nehmen Sie Medikamente; wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Diabetes; wenn ja, welcher Typ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Herz-Kreislaufkrankungen; wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Infektionskrankheiten			
a) Hepatitis; wenn ja, welche Form?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Bestehen andere Krankheiten wie Anfallsleiden, Magen-Darm-Erkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Tumorerkrankungen usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## Zahnärztliche Anamnese

	ja	nein	falls ja, bitte ergänzende Angaben eintragen
1. Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?			_____
2. Haben Sie spezielle Wünsche, Ängste oder Erwartungen, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Haben Sie Zahnfleischbluten oder -rückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk (Geräusche, Knacken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Hatten Sie jemals eine Einschleiftherapie oder Kieferregulierung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Haben Sie gelegentlich einen schlechten Geschmack im Mund, oder vermuten Sie, dass Sie manchmal Mundgeruch haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Ich hatte die Möglichkeit, die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) einzusehen und mir bei Bedarf aushändigen zu lassen.

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten