



# Anmeldung

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Wohnort	Telefon (privat)
Firma	Anschrift	Telefon (beruflich)
Name Ihres Hausarztes	Ggf. Name des überweisenden Zahnarztes	
Versicherung	Beihilfeberechtigter Privatpatient	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Bei nicht selbst Versicherten (Familienangehörigen, Kindern):

Name des Mitgliedes	Vorname	Geburtsdatum
---------------------	---------	--------------

## Für Neupatienten

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung  Internet  Telefonbuch  Anzeige/Zeitung

Überwiesen von \_\_\_\_\_ Sonstiges \_\_\_\_\_

### Sind Sie schon einmal wegen einer der folgenden Erkrankungen ärztlich behandelt worden?

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Herzerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzschrittmacher) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Blutgerinnungsstörungen                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zuckerkrankheit (Diabetes)                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erkrankungen der Atemwege (Asthma)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lebererkrankungen (Hepatitis, Gelbsucht)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Andere Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Tbc)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Sind Ihnen Überempfindlichkeiten/Allergien bekannt?

- |                     |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Gegen Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|

\_\_\_\_\_

- |                     |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Gegen Materialien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Sonstiges \_\_\_\_\_

### Bestehen andere Erkrankungen?

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja  nein

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

### Rauchverhalten/Nikotin

Ich bin Nichtraucher  Raucher

Zigaretten pro Tag, ca. \_\_\_\_\_

### Möchten Sie besondere Behandlungsmethoden in Anspruch nehmen?

• Karies-Vorsorge (Prophylaxe)

• Parodontal-Behandlung

• Amalgam-Entfernung

• Zahnfarbene Keramik-Füllungen

• Hochwertigen Zahnersatz

• Implantate

• Ästhetische Zahnheilkunde



## Anmeldung – Seite 2

### Weitere Angaben zur zahnärztlichen Behandlung

	ja	nein		ja	nein
· Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kiefer-Bereich statt?			· Beobachten Sie Zahnwanderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			· Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Bestand oder besteht eine Zahnfleischentzündung oder Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	· Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	· Leiden Sie an Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Tragen Sie einen herausnehmbaren Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/>		
Im Oberkiefer seit <input type="text"/> Jahren			· Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Unterkiefer seit <input type="text"/> Jahren			· Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Prothese ist jetzt <input type="text"/> Jahre alt					
· Tragen Sie einen festsitzenden Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Im Oberkiefer seit <input type="text"/> Jahren					
Im Unterkiefer seit <input type="text"/> Jahren					
Die Kronen sind jetzt <input type="text"/> Jahre alt					

**Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.**

Datum  Unterschrift

**Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.**