



## Anmelde- und Gesundheitsfragebogen

Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_

Mitglied

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Beihilfe  ja  nein

Zusatzversicherung  ja  nein

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Zahnarzt \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,

viele Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie deshalb nachfolgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand sorgfältig. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Bei der Beantwortung der einzelnen Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Bitte Zutreffendes

ankreuzen:

Herz-, Kreislaufkrankungen:

- Zustand nach Infarkt
- Herzinsuffizienz
- Endokarditis-Muskelentzündung
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Herzrhythmusstörungen
- Bypass-Operation
- Herzklappenersatz
- Schrittmacher

- niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Schlaganfall

Blutgerinnungsstörungen  
Marcumar-Xarelto-Plavix-ASS

- Grauer / Grüner Star
- Asthma / Bronchitis
- Magen-Darmerkrankungen
- Nierenerkrankung / Dialyse
- Anfallsleiden / Epilepsie
- Kopfschmerzen / Migräne
- Ohnmachtsanfälle
- Diabetes/Zuckerkrankheit
- Schilddrüsen Über-/Unterfunktion
- Osteoporose

Infektiöse Erkrankungen:

- Hepatitis
- Immunschwäche AIDS / HIV
- Tuberkulose

Tumorerkrankungen/  
Chemo-, Bestrahlungstherapie

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie / Spritzen
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Metalle
- Latex

Allergiepass

Nehmen Sie regelmäßig  
Medikamente ein:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Drogenabhängigkeit
- Alkoholabhängigkeit
- Raucher  
\_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag

Besteht eine Schwangerschaft - Monat \_\_\_\_\_

letzte zahnärztliche Röntgenaufnahmen \_\_\_\_\_

Knirschen Sie mit den Zähnen, Kiefergelenksbeschwerden

Kieferorthopädische Behandlung \_\_\_\_\_

Beobachten Sie manchmal Zahnfleischbluten?

frühere Parodontitis-Behandlungen \_\_\_\_\_

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren, innovativen zahnmedizinischen Versorgungsleistungen möglich ist, auch wenn diese nicht oder nur teilweise von Ihrer Krankenversicherung übernommen werden?

Wünschen Sie über ein Vorsorge-Prophylaxe-Programm zur Vermeidung von Karies/Parodontitis informiert zu werden?

Unser Recall-System – auf Ihren Wunsch erinnern wir Sie gerne an Ihre nächste halbjährliche Vorsorgeuntersuchung

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend und unaufgefordert Mitteilung zu machen.



Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Bestellpraxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten ausschließlich für Sie reserviert. Wir bitten Sie deshalb die vereinbarten Behandlungstermine einzuhalten bzw. bei Verhinderung rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Anderenfalls behalten wir uns vor, ggf. ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Sigmaringen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_