

# THOMAS BEHRENS

IHR ZAHNARZT

ANMELDE-/ANAMNESEBOGEN

Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Er ist im Interesse einer komplikationslosen Behandlung vollständig auszufüllen. Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, klären Sie dies bitte in einem persönlichen Gespräch mit dem Zahnarzt vor der Behandlung.

## Personalien

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/ Wohnort \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber \_\_\_\_\_ Mobil / Handy \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_ zur Zeit tätig als \_\_\_\_\_

Hauptversicherter \_\_\_\_\_ \*Änderungen des Versicherungsverhältnisses sind uns bitte umgehend mitzuteilen

Krankenkasse \_\_\_\_\_  pflichtversichert  freiwillig versichert

Private Zusatzversicherung\*  Ja  Nein Private Versicherung\* \_\_\_\_\_

Name Hausarzt \_\_\_\_\_ Ort Hausarzt \_\_\_\_\_

**Falls Sie einen Medikamentenplan, Allergiepass, Marcumarausweis, Herzpass oder Ähnliches besitzen, zeigen Sie diesen bitte der Kollegin an der Anmeldung vor!!!**

**Gibt es ein besonderes Anliegen für Ihren Besuch?** Ja  Nein   
Was können wir für Sie tun?

**Haben Sie aktuell Beschwerden/Probleme?** Ja  Nein   
Wenn ja, welche?

**Haben Sie die bisherigen (zahn-)ärztlichen Behandlungen gut vertragen?** Ja  Nein   
Wenn nein, warum nicht?

**Wurden Sie in den letzten 6 Monaten im Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich geröntgt?** Ja  Nein   
Wenn ja, wann?

## GESUNDHEITSFAGEN

**Herzerkrankungen** Wenn ja, welche? Ja  Nein   
(z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzklappenerkrankung/ -ersatz, Herzschrittmacher  
Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Endokarditis, Herzoperation, geschwollene Beine...)

**Kreislauf- und Gefäßerkrankungen** Wenn ja, welche? Ja  Nein   
(z.B. zu hoher / zu niedriger Blutdruck, Krampfadern, Thrombose, Embolie)

<b>Blutgerinnungsstörungen</b> (z.B. Blutarmut, Blutverdünnung, angeborene Bluterkrankungen, Hämophilie)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Lungen- und Atemwegserkrankungen</b> (z.B. Atemnot beim Treppensteigen(COPD), Asthma, chronische Bronchitis, chronische Sinusitis, Pneumothorax, Schnupfen (Rhinitis), gestörte Atemreflexe, Schlafapnoe)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Lebererkrankungen</b> (z.B. Leberverfettung, Leberverhärtung)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Ansteckende Krankheiten</b> (z.B. AIDS/HIV, Hepatitis (Gelbsucht), Tuberkulose, Infektionskrankheiten (z.B. MRSA), Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK / vCJK)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Nieren- und Harnwegserkrankungen</b> (z.B. eingeschränkte Nierenfunktion, Nierentransplantation, Prostata)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen des Verdauungstraktes</b> (z.B. Magenerkrankungen, chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Stoffwechselerkrankungen</b> (z.B. Zuckererkrankungen/Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Osteoporose)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Augenerkrankungen</b> (z.B. Grüner Star (Glaukom), Grauer Star (Katarakt), kürzliche Augenoperationen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Nervenleiden</b> (z.B. Epilepsie, Schlaganfall, Depression, Morbus Parkinson, Demenz)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Allergien / Überempfindlichkeiten</b> Wenn ja, welche? (z.B. Aromastoffe, Lokalanästhesie/Spritzen, Schmerzmittel, Antibiotika, Metalle und andere Materialien, Laktose) _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Sonstige, nicht aufgeführte Erkrankungen?</b> Wenn ja, welche? (z.B. Tumorerkrankungen, Erkrankungen des Immunsystems)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Sind Sie schwanger oder stillen Sie?</b> Wenn ja, in welchem Monat _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Sonstige Besonderheiten?</b> Wenn ja, welche? (z.B. Unfälle, schwere Verletzungen, Operationen, Chemo- oder Strahlentherapie)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Blutverdünner</b> (z.B. Marcumar®, Plavis®, ASS®, Clopidocrel®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Aggrenox®, Efiect®, Brilique®, Godamed®)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Bisphosphonate</b> (z.B. Zomenta®, Actonal®, Fosamax®, Denosumab®)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Nehmen Sie sonstige Medikamente ein?</b> Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Nehmen Sie sonstige Medikamente ein?</b> Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

**Wichtige Information:**

Wir führen unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Das bedeutet, dass für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten entstehen und dass wir die für Sie reservierte Zeit vollauf für Sie zur Verfügung haben. Allerdings bedeutet es auch, dass wir Sie bitten müssen, uns spätestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können. Ansonsten behalten wir uns vor, Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen. Die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar.

**Hiermit versichere ich, den Text gelesen und verstanden zu haben und alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gewissenhaft gemacht zu haben.**

Ort und Datum

Unterschrift *Patient*