

# Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen und uns Ihre Mundgesundheit anvertrauen möchten. Viele Menschen haben gesundheitliche Probleme. Diese können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre vollständige und sorgfältige Beantwortung der folgenden Punkte soll dazu beitragen, Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen zu können und Ihre Behandlung optimal zu gestalten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden STRENG VERTRAULICH behandelt.

<b>Patient/in</b>	Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____	Beruf _____	Arbeitgeber _____	
<b>Adresse</b>	Straße _____	PLZ _____	Ort _____	Tel. privat _____	Tel. geschäftl. _____	
<b>Versicherte/r</b>	Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____	Beruf _____	Arbeitgeber _____	
<b>Adresse</b>	Straße _____	PLZ _____	Ort _____	Tel. privat _____	Tel. geschäftl. _____	
<b>Versicherung</b>	Name _____	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienmitglied	<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> freiwillig vers.	<input type="checkbox"/> beihilfeber.
<b>Hausarzt</b>	Name _____	Straße _____	PLZ _____	Ort _____	Telefon _____	

Bitte beantworten Sie folgende **allgemeinmedizinische Fragen**:

JA NEIN

- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  
Wenn ja, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Neigen Sie zu allergischen Reaktionen oder Unverträglichkeiten?  
Wenn ja, zu welchen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?  
 Atemwegserkrankungen  
 Nierenerkrankungen  
 Lebererkrankungen  
 Magen-/Darmerkrankungen  
 Zuckerkrankheit (Diabetes)  
 Schilddrüsenerkrankung (z.B.: Struma, Unter-/Überfunktion)  
 Anfallsleiden (z.B.: Epilepsie, Krampfanfälle)  
 rheumatische Erkrankungen  
 Infektionskrankheiten (z. B.: AIDS, HIV, Tuberkulose, Hepatitis)  
 Sonstige: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

JA NEIN

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Haben oder hatten Sie Herz-/Kreislaufkrankungen?  
 Herzschwäche (Herzinsuffizienz)  
 Herzrhythmusstörungen  
 Angina Pectoris  
 Herzschrittmacher  
 Zustand nach Herzinfarkt  
 hoher / niedriger Blutdruck  
 Blutgerinnungsstörung  
 Sonstige: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Für Patientinnen: Können Sie eine Schwangerschaft ausschließen?

Bitte beantworten Sie folgende **Fragen zu Ihrer Mundsituation**:

Grund Ihres Zahnarztbesuchs in unserer Praxis:  Kontrolluntersuchung  Beratung  Zahnschmerzen  
 Zahnfleischprobleme  Sonstiges: \_\_\_\_\_

JA NEIN

Waren sie in den letzten 2 Jahren in zahnärztlicher Behandlung?  
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_  
Bei welchem Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Sind Röntgenbilder Ihrer Zähne vorhanden?

Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch? Wenn ja, welche?  
 Zahnfleischbluten  
 Zahnfleischrückgang  
 Zahnfleischschwellung  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Bemerkten Sie Veränderungen Ihrer Zahnstellung?

Bemerkten Sie Zahnlockerungen?

Bemerkten Sie Überempfindlichkeiten Ihrer Zähne?

Bemerkten Sie Speisereste zwischen Ihren Zähnen?

Bemerkten Sie schlechten Geschmack / Mundgeruch?

Hatten Sie eine Zahnfleischbehandlung (Parodontitis Therapie)?

Hatten Sie eine Zahnstellungskorrektur (KFO-Therapie)?

Wurden bei Ihnen bisher Zähne entfernt?

Wenn ja, aus welchem Grund? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Verletzung der Halswirbelsäule, des Gesichts?

Hatten Sie eine Verletzung der Kiefer, der Kiefergelenke?

Hatten Sie eine Verletzung der Zähne?

Haben oder hatten Sie Probleme / Schmerzen beim Mundöffnen?

Haben oder hatten Sie Probleme / Schmerzen beim Kauen?

Bemerkten Sie Zähneknirschen (evtl. nachts)?

Bemerkten Sie Zähnepressen?

JA NEIN

Haben oder hatten Sie Geräusche oder Probleme bei  
Mundbewegungen?  
 Kiefergelenk-Knacken  Kiefergelenk-Reiben  
 Kiefergelenk-Klemme  Sonstiges \_\_\_\_\_

Bemerkten Sie Verspannungen Ihrer Kiefermuskulatur?

Bemerkten Sie Verspannungen Ihrer Nackenmuskulatur?

Haben Sie häufig Kopfschmerzen / Migräne?

Bemerkten Sie Ohrgeräusche (z.B. Tinnitus)? Wenn ja, welcher Art?  
\_\_\_\_\_

Sind Sie mit dem Aussehen / Zustand Ihrer Zähne zufrieden?  
Wenn nein, warum nicht?

Farbe  
 Form  
 Stellung  
 Verfärbungen  
 mit Füllungen unzufrieden  
 mit Zahnkronen unzufrieden  
 Sonstiges \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Zahnersatz?  
 festsitzend (z.B. Zahnkronen, -brücken)  
 herausnehmbar (z.B. Teil-, Vollprothesen)  
 künstliche Zahnwurzeln (Implantate)

Wenn ja, wie alt ist Ihr Zahnersatz? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Zahnersatz? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rauchen Sie regelmäßig?  
 Zigaretten  Zigarre  Pfeife

Als besonderen Service bieten wir Ihnen einen unverbindlichen Erinnerungsdienst für Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen an:

Wünschen Sie diese Erinnerung (RECALL) durch  einen Brief / Postkarte  ein Fax \_\_\_\_\_

ein Telefonat  eine E-mail \_\_\_\_\_

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestell-System geführt. Deshalb bitten wir Sie Ihren Termin pünktlich einzuhalten und diesen bei Verhinderung mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Für den Fall, dass Sie vereinbarte Termine nicht rechtzeitig absagen, werden Ihnen die durch den Ausfall entstandenen Kosten in Rechnung gestellt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift:  
(Unterschrift des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen)

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit zum Wohle Ihrer Mundgesundheit