

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.

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