

Anmeldung

Zahnarztpraxis Dr. Bauer und Berthold

Sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Das Praxisteam möchte Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und korrekt. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter an der Rezeption. Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Patient: _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied: _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift: _____
Straße, Haus-Nr. _____ Telefon privat _____

Plz, Wohnort _____ Telefax privat _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
Telefon, Telefax _____

Krankenversicherung: _____

Empfohlen durch: _____

Leiden Sie an:

Herz/Kreislauf:

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina Pectoris
- Herzinfarkt
- Herzschwäche
- Herzfehler
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher

oder _____

Gefäße:

- Schlaganfall
- Thrombosen
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern

oder _____

Nieren:

- Nierensteine
- Nierenentzündung
- Dialysepflichtig

oder _____

Magen/Darm:

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Geschwür

oder _____

Blut:

- Gerinnungsstörungen
- auch bei Blutsverwandten
- Nachbluten nach Operationen
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung

oder _____

Leber:

- Fettleber
- Leberzirrhose
- Hepatitis A B C
- Gelbsucht
- Gallensteine

oder _____

Augen:

- Grüner Star
- Grauer Star
- Starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit

oder _____

Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

oder _____

Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen. Nehmen Sie in einem solchen Fall nicht am Straßenverkehr teil!

Bitte teilen Sie uns in Ihrem eigenen Interesse eventuelle Änderungen bei obigen Angaben selbstständig vor einer Behandlung mit!

Datum _____

Unterschrift _____

bitte wenden

Atemwege/Lunge:

- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- COPD
- Lungenemphysem
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?

oder _____

Skelettsystem/Knochen:

- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- künstliche Gelenke
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie

oder _____

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit **Bisphosphonaten** behandelt?
Wegen welcher Erkrankung?

Wann? Mit welchem Präparat?

Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit
 - Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

oder _____

Allergien, z. B.:

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Jod
- Latex (z. B. in Gummihandschuhen)
- Metalle

oder _____

- Allergiepass vorhanden

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS, HIV
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Blutkrebs

oder _____

**Andere Erkrankungen
oder Behinderungen:**

- Tumorerkrankungen,
z. B. Brustkrebs, Prostatakrebs

oder _____

- Sind Sie schwanger?**
Welche Schwangerschaftswoche?

- Rauchen Sie?**
Wie viel durchschnittlich pro Tag?

- Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?
Vor wie viel Monaten/Jahren?

- Trinken Sie gelegentlich Alkohol?**
Regelmäßig? Wie viel?

- Gerinnungshemmende Medikamente**
Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z. B.

- Aspirin® / ASS®
- Marcumar® / Phenprocoumon
- Plavix® / Iscover® / Clopidogrel
- Ticlopidin

oder _____

Regelmäßige Medikamente:

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Rheumamittel
- Psychopharmaka
- Antibabypille
- Antidiabetika

welche _____

- Antibiotika in den letzten 3 Monaten**

- ständige ärztliche Behandlung**

weshalb _____

letzte zahnärztliche Untersuchung

wann _____

- ungewöhnliche Reaktionen auf zahn-
ärztliche Behandlungsmaßnahmen z. B.**

- Spritzen
- Medikamente

welche _____

Laut Röntgenverordnung sind wir verpflichtet, Ihnen folgende Fragen zu stellen:

Wurde bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate im Zahn- bzw. Kieferbereich geröntgt?

- Ja Nein

Wenn Ja, bei welchem Zahnarzt:
