

## Anmeldebogen/Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Ihre Praxisbesuche sollen so angenehm wie möglich sein!  
Bei uns werden Sie optimal und individuell zahnmedizinisch beraten und behandelt.  
Dazu benötigen wir jedoch genau Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand und alle von Ihnen eingenommenen Medikamente.

Mit Ihren Antworten gehen wir vertraulich um, Sie unterliegen sowohl der ärztlichen Schweigepflicht als auch dem Datenschutz und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

➤ *Bei Fragen oder Unklarheiten beim Ausfüllen helfen wir Ihnen gerne!*

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Beruf: (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy, Telefon (geschäftlich): \_\_\_\_\_

E-MailAdresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse bzw. Versicherung: \_\_\_\_\_

Privat versichert                       Zusatzversichert                       Beihilfeberechtigt

Wer ist der Hauptversicherte/ Wer soll die Rechnung erhalten?

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Für Neupatienten:

- Empfohlen durch \_\_\_\_\_
- Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? \_\_\_\_\_
- Hatten Sie schon einmal eine Parodontitisbehandlung? \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt/ggf. Facharzt:

Name, ggf. Adresse: \_\_\_\_\_

Mit Kontaktaufnahme bei Rückfragen

bin ich einverstanden

bin ich nicht einverstanden

**Bitte kreuzen Sie alle aktuelle und/oder überstandene Krankheiten/Besonderheiten an.**

<b>Herz</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Herzinfarkt wann: _____</li><li><input type="radio"/> Stent/Bypass seit wann: _____</li><li><input type="radio"/> Herzschmerzen/Brustenge</li><li><input type="radio"/> Herzfehler</li><li><input type="radio"/> Herzinsuffizienz, Herzschwäche</li><li><input type="radio"/> Atemnot bei Anstrengung</li><li><input type="radio"/> Herzmuskelerkrankung</li><li><input type="radio"/> Herzrhythmusstörung</li><li><input type="radio"/> Herzklappenfehler/ - ersatz</li><li><input type="radio"/> Schrittmacher</li><li><input type="radio"/> Defibrillator</li><li><input type="radio"/> _____</li></ul>
<b>Gefäße</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Schlaganfall wann: _____</li><li><input type="radio"/> Thrombose</li><li><input type="radio"/> Embolie</li><li><input type="radio"/> Durchblutungsstörungen</li><li><input type="radio"/> _____</li></ul>
<b>Nerven und Gemüt</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Krampfanfälle (z.B. Epilepsie)</li><li><input type="radio"/> Lähmungen</li><li><input type="radio"/> Geistige Behinderung</li><li><input type="radio"/> Morbus Parkinson</li><li><input type="radio"/> Depression/Angstzustände</li><li><input type="radio"/> _____</li></ul>
<b>Magen/Darm</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Geschwür</li><li><input type="radio"/> Sodbrennen/Reflux</li><li><input type="radio"/> Mundgeruch</li><li><input type="radio"/> Verdauungsstörung</li><li><input type="radio"/> _____</li></ul>
<b>Skelettsystem</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Knochenerkrankung</li><li><input type="radio"/> Tumor/Metastasen</li><li><input type="radio"/> Gelenkerkrankungen</li><li><input type="radio"/> Muskelerkrankung</li><li><input type="radio"/> körperliche Behinderung</li><li><input type="radio"/> Osteoporose</li><li><input type="radio"/> _____</li></ul>
<b>Kreislauf</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> hoher Blutdruck/Hypertonie</li><li><input type="radio"/> niedriger Blutdruck/Hypotonie</li><li><input type="radio"/> Ohnmachtsanfälle, Kollaps</li></ul>

<b>Infektion</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> <b>HIV</b> Infektion <input type="radio"/> <b>HPV</b> Infektion <input type="radio"/> Aphten <input type="radio"/> Herpes <input type="radio"/> akute Erkrankungssymptome <input type="radio"/> _____
<b>andere Erkrankungen/ Besonderheiten</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Sehbehinderung <input type="radio"/> Augenerkrankung, welche _____ <input type="radio"/> Tumorerkrankung <input type="radio"/> rheumatische Erkrankungen <input type="radio"/> Transplantationen <input type="radio"/> implantierte Geräte <input type="radio"/> _____
<b>Lunge und Atemwege</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Lungenentzündung <input type="radio"/> Asthma bronchiale <input type="radio"/> Allergisches Asthma <input type="radio"/> Reizhusten <input type="radio"/> Tuberkulose <input type="radio"/> Chronische Bronchitis <input type="radio"/> Schlafapnoe <input type="radio"/> _____
<b>Rauchen</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Wie viel durchschnittlich? _____ /Tag
<b>Allergie/ Überempfindlichkeit</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Medikamente <input type="radio"/> Lebensmittel, Nahrung <input type="radio"/> Latex <input type="radio"/> Metalle <input type="radio"/> Milcheiweiß/Fructose <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> Allergiepass vorhanden
<b>Niere</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nieren-Entzündung/- Insuffizienz <input type="radio"/> Dialyse <input type="radio"/> zur Transplantation gemeldet <input type="radio"/> _____
<b>Leber</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelbsucht (Hepatitis) <input type="radio"/> A            B            C <input type="radio"/> Fettleber <input type="radio"/> Leberfunktionsstörungen <input type="radio"/> _____
<b>Blut</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gerinnungsstörung <input type="radio"/> Nasenbluten, blaue Flecken <input type="radio"/> Nachblutungen nach Operationen <input type="radio"/> Blutkrebs, z.B. Leukämie <input type="radio"/> Blutarmut, Anämie <input type="radio"/> _____

<b>Stoffwechsel</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus <input type="radio"/> Insulin <input type="radio"/> Medikamente: _____ <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion <input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion <input type="radio"/> _____
<b>Schwangerschaft</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> welche Woche? _____
<b>Blutgerinnungs- verzögernde Medikamente</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Aspirin, ASS <input type="radio"/> Plavix, Clopidogrel, Brilique, Efiend <input type="radio"/> Marcumar, Warfarin, Falithrom <input type="radio"/> Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Lixiana <input type="radio"/> _____
<b>Medikamente</b> Gerne können Sie uns auch Ihren Medikamentenplan zur Kopie geben.  Denken Sie auch an Spritzen, Infusionen und pflanzliche Arzneimittel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Welche Medikamente:  Bitte alle Medikamente angeben!  _____ _____ _____ _____
<b>Pflegegrad nach § 15 SGB XI</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> welcher Pflegegrad: _____

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Aktualisierung:

Bitte Zutreffendes ankreuzen	Datum	Unterschrift
<input type="radio"/> keine Änderungen <input type="radio"/> Änderungen		
<input type="radio"/> keine Änderungen <input type="radio"/> Änderungen		
<input type="radio"/> keine Änderungen <input type="radio"/> Änderungen		
<input type="radio"/> keine Änderungen <input type="radio"/> Änderungen		
<input type="radio"/> keine Änderungen <input type="radio"/> Änderungen		
<input type="radio"/> keine Änderungen <input type="radio"/> Änderungen		

*Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihre Angaben verändert haben.*

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**