



## Anmeldebogen mit Anamnese

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Aus diesem Grund bitten wir Sie, diesen Fragebogen auch in Ihrem eigenen Interesse vollständig und korrekt auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Tel. mobil: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?  
Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Wer soll die Rechnung erhalten?  
 Patient  Versicherter

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?  ja /  nein  
Beziehen Sie den Basistarif?  ja /  nein  
pflichtversichert:  ja /  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### Bestehen gesundheitliche Risiken?

Haben Sie einen Allergiepass? Sind Allergien bekannt? (z.B. Latex, Penicillin)  ja /  nein  
Haben Sie einen Röntgenpass?  ja /  nein  
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?  ja /  nein  
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?  ja /  nein  
Leiden Sie an einer Lebererkrankung?  ja /  nein  
Liegt bei Ihnen eine Tumorerkrankung vor?  ja /  nein  
Haben Sie eine Prostataerkrankung?  ja /  nein  
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? (z.B. Bluthochdruck, Thrombose, Herzinfarkt)  ja /  nein  
Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_  
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? (z.B. Hepatis A/B/C, HIV, Tuberkulose)  ja /  nein  
Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_  
Haben Sie Diabetes?  ja /  nein  
Leiden Sie an Epilepsie?  ja /  nein  
Haben Sie grünen Star?  ja /  nein  
Haben Sie Asthma?  ja /  nein  
Leiden Sie unter Migräne?  ja /  nein  
Nehmen Sie Medikamente?  ja /  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe / Medikamente?  ja /  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?  ja /  nein

### Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?  ja /  nein  
Blutet Ihr Zahnfleisch?  ja /  nein  
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  ja /  nein  
Sind Ihre Zähne gelockert?  ja /  nein  
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?  ja /  nein  
Fand eine Röntgenuntersuchung statt?  ja /  nein  
Möchten Sie erinnert werden, wenn es Zeit für Ihre Kontrolle/Prophylaxe bei uns ist?  e-Mail  SMS  Post  nein  
Möchten Sie an Ihre bei uns vereinbarten Termine erinnert werden?  e-Mail  SMS  nein

*Ihre bei uns vereinbarten Termine sind Fixtermine. Die dafür benötigte Behandlungszeit wird ausschließlich für Sie freigehalten. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, so bitten wir um Benachrichtigung mindestens 24 Stunden vor Beginn Ihres Termins. Ansonsten müssen wir uns aufgrund der uns entstehenden Kosten vorbehalten, Ihnen ein Ausfallhonorar von € 90,- für die Professionelle Zahnreinigung je Stunde bzw. € 200,- je ausgefallene Stunde für die zahnärztliche Behandlung zu erheben.*

**Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.**

Freiburg, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten