



## Anmelde- und Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Bitte füllen Sie den Anamnesebogen vollständig aus. Sollten sich bei Ihnen in Zukunft Änderungen ergeben, beispielsweise durch einen Umzug oder eine neue Telefonnummer, insbesondere aber auch bei einer **Umstellung Ihrer Medikation oder Erkrankungen**, so melden Sie uns dies bitte von sich aus. Nur so können wir die Vorsorge und Behandlungen optimal auf Sie abstimmen.

Wir respektieren Ihre Glaubensansichten und werden diese gerne berücksichtigen: bitte sprechen Sie uns **vor der Behandlung** an, wenn Sie bspw. Alkohol als Desinfektionsmittel o.ä. ablehnen.

Die Behandlungen in unserer Bestellpraxis finden ausschließlich nach Terminvergabe statt, das bedeutet für Sie in der Regel kurze Wartezeiten. Notfälle bzw. medizinisch notwendige und nicht

vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können aber im Einzelfall zu Verzögerungen führen. Erhalten Sie kurzfristig einen Termin zur Behandlung eines Notfalls (z.B. akute Schmerzen) müssen Sie ebenfalls mit Wartezeiten rechnen. In beiden Fällen bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können so sagen sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, ansonsten wird Ihnen der Termin privat in Rechnung gestellt.

Als gesetzlich Krankenversicherte/-r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversicherungskarte bis spätestens 7 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Patient / -in

|                       |                      |                      |
|-----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name                  | Vorname              | Beruf                |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße und Hausnummer | Postleitzahl         | Ort                  |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> |                      |
| Emailadresse          | Telefonnummer        |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> |                      |
| Geburtsdatum          | Geburtsort           |                      |

Versicherte / -r  
(falls abweichend)

|                       |                      |                      |
|-----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name                  | Vorname              | Geburtsdatum         |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße und Hausnummer | Postleitzahl         | Ort                  |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> |                      |
| Emailadresse          | Telefonnummer        |                      |

(Erziehungsberechtigte/-r  
bei Kindern, o.ä.)

Haben Sie einen Vormund oder gesetzlichen Betreuer, der Behandlungen zustimmen muss?

Ja

Krankenkasse

gesetzlich versichert

privat versichert

nicht versichert

Name des Kostenträgers / der Krankenkasse / des Amtes

# Angaben zu Ihrer Gesundheit

## Trifft oder traf einer der folgenden Punkte auf Sie zu?

- |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Asthma /schwere Atemnot                  | <input type="radio"/> Ja | Herzschrittmacher                         | <input type="radio"/> Ja |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)               | <input type="radio"/> Ja | Herzinfarkt / Stent / Bypass              | <input type="radio"/> Ja |
| Hepatitis A / B / C                      | <input type="radio"/> Ja | Herz(klappen)fehler oder Transplantat     | <input type="radio"/> Ja |
| HIV / Aids / Tuberkulose                 | <input type="radio"/> Ja | Endokarditis (Herzbeutelentzündung)       | <input type="radio"/> Ja |
| Suchtkrankheiten/regelmäßiger Konsum BTM | <input type="radio"/> Ja | Blutgerinnungsstörungen /Bluterkrankungen | <input type="radio"/> Ja |
| Osteoporose                              | <input type="radio"/> Ja | OPs innerhalb der letzten 6 Monate        | <input type="radio"/> Ja |
| Einnahme von Bisphosphonaten /Denusomab  | <input type="radio"/> Ja | Epilepsie                                 | <input type="radio"/> Ja |
| Bluthochdruck                            | <input type="radio"/> Ja | Krebs /Tumorerkrankung                    | <input type="radio"/> Ja |
| Glaukom (zu hoher Augeninnendruck)       | <input type="radio"/> Ja | Dialyse / Niereninsuffizienz              | <input type="radio"/> Ja |
| Einnahme von Antidepressiva              | <input type="radio"/> Ja | Kopf-, Kiefergelenks-, Nackenschmerzen    | <input type="radio"/> Ja |
| Rheuma                                   | <input type="radio"/> Ja | Schnarchen / Zähneknirschen & -pressen    | <input type="radio"/> Ja |

## Sonstige Angaben

- Besteht eine Penicillinallergie?  Ja
- Haben Sie sonstige Allergien?  Ja, folgende :

- Nehmen Sie Gerinnungshemmer wie Markumar, Heparin, Eliquis oder Xarelto ein?  Ja
- Nehmen Sie sonstige Medikamente ein?  Ja, folgende :

- Liegen sonstige Erkrankungen vor oder gab es (Unfall)-Verletzungen im Kopfbereich?  Ja, folgende :

- Sind aktuelle Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne vorhanden?  Ja
- Besteht eine Schwangerschaft?  Ich bin mir nicht sicher  Ja  Schwangerschaftswoche
- Stillen Sie?  Ja
- Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 5 Jahren geraucht?  Ja ca.  Zigaretten pro Tag

Ort und Datum

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer vorstehenden Angaben. Sollten Sie Probleme beim Ausfüllen des Anmeldebogens haben so sprechen Sie uns bitte an. Bei Sprachproblemen empfehlen wir Ihnen generell einen Übersetzer aus dem Familien- oder Freundeskreis mitzubringen, damit Sie die Erklärungen und Vereinbarungen sicher verstehen.