

Anmeldeformular

Personalien:

Patient (Name, Vorname)

geb.

Versicherter (Name, Vorname) – falls vom Patienten abweichend

geb.

Zahlungspflichtiger (Name, Vorname) – falls vom Patienten abweichend

Anschrift (Straße / Nr., PLZ, Wohnort)

Tel.-Nr. / Mobil-Nr.

Krankenkasse

nur bei Privatversicherungen: (bitte ankreuzen) Ich bin in einem Basistarif versichert

Ja

Nein

Hausarzt / andere Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind

Beruf *

Arbeitgeber*

Anschrift Arbeitgeber*

Tel.-Nr.*

*freiwillige Angaben

Gesundheitsfragebogen:

Bitte beantworten Sie die Fragen zu Ihrer eigenen Sicherheit gewissenhaft. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz! Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie uns gerne.

Ja / Nein

1. Leiden Sie an **Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?**

2. Haben Sie manchmal **Atemnot oder Brustschmerzen?**

3. Leiden Sie an **Asthma?**

4. Haben Sie **Bluterkrankungen?**
oder **abnorme Blutungsneigungen** (z. B. nach Verletzungen)?

5. Leiden Sie an **Diabetes?**

6. Leiden Sie an **grünem Star** (Glaukom)?

7. Haben Sie ein **Schilddrüsenleiden?**

8. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?
Wenn ja, welche?

9. Sind Sie über längere Zeit mit Bisphosphonaten behandelt worden?
(Inhaltsstoffe enden auf „-dronat“)

10. Reagieren Sie überempfindlich auf irgendwelche **Substanzen / Medikamente**
- oder haben Sie **Allergien?**
Wenn ja, wogegen?

- BITTE WENDEN -

Ja / Nein

11. Hatten / Haben* Sie ein **Leberleiden** (Gelbsucht / Hepatitis)?
(*Zutreffendes bitte einkreisen)
12. Hatten / Haben* Sie **Tuberkulose** (Tbc)?
(*Zutreffendes bitte einkreisen)
13. Sind Sie **HIV+? (AIDS)**
14. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung
- oder hat sich Ihr **Gesundheitszustand** irgendwie verschlechtert?
15. Sind jemals **Probleme bei zahnärztlichen Behandlungen** aufgetreten?
Wenn ja, welche?

16. Sind sie **schwanger**? Wenn ja, in welcher Woche?
17. Leiden Sie an einer anderen, hier bisher nicht aufgeführten Erkrankung?
Wenn ja, welche?

18. Haben Sie **Angst vor der Zahnbehandlung**,
oder gibt es Erlebnisse mit zahnärztlicher Behandlung über die Sie
mit uns sprechen möchten?
19. Haben Sie manchmal **Zahnfleischbluten**?
20. Halten Sie es für nützlich, dass wir Sie über neue Erkenntnisse
im Bereich der **Zahnpflege** informieren?
21. Würden Sie sich leicht mit einer herausnehmbaren Prothese abfinden?
22. Leiden Sie an Schmerzen im **Gesichtsbereich / Kopfschmerzen**,
oder **Verspannungen im Gesichts-/Nackebereich**?
23. Haben Sie **Geräusche / Knacken im Kiefergelenk** bei sich festgestellt?
24. **Schnarchen** Sie?
25. Wurden **Atemaussetzer** im Schlaf bei Ihnen festgestellt?
26. Fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen häufig schon wie gerädert?
27. Fühlen Sie sich müde, schlapp, angespannt oder nicht voll leistungsfähig?
28. Würden Sie sich als nervös oder stressanfällig bezeichnen?
29. Existieren **Zahn-/Kiefer-Röntgenbilder** jüngerer Datums?
30. Über welche zahnmedizinischen Aspekte möchten Sie gerne aufgeklärt / beraten werden?

Datum, Unterschrift