



ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Patient(in)

Name _____

Vorname _____ Geb.-Datum _____

PLZ, Wohnort _____

Straße Nr. _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____

Hauptversicherte(r)

Name _____

Vorname _____ Geb.-Datum _____

PLZ, Wohnort _____

Straße Nr. _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

FRAGEN ZU VORHANDENEN ERKRANKUNGEN

Viele Erkrankungen können Auswirkungen auf eine zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig und gewissenhaft auszufüllen. Bei eventuellen Fragen helfen wir gerne. Dieser Fragebogen wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

	Ja	Nein	Wenn ja, bitte näheres
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen oder andere Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wurde bei Ihnen ein HIV-/AIDS-Test gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?			
Herz- oder Kreislauferkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ohnmachtsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutkrankheiten, Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis/Gelbsucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma; evtl. Allergiepass)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes/Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sollte im Rahmen Ihrer Behandlung eine Betäubung (Spritze/Lokalanästhesie) notwendig sein, beachten Sie bitte, dass eine Beeinträchtigung Ihrer Verkehrstauglichkeit möglich ist und Sie daher ca. 12 Stunden kein Kraftfahrzeug führen bzw. im Verkehr besonders vorsichtig sein sollten. Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen meiner Behandlung erhobenen Daten über meine Person unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden.

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten