



## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

### Patient(in)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Straße Nr. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Auf wessen Empfehlung kommen sie in unsere Praxis?

Kennen Sie unsere Internetseite [www.dr-vorwerk.de](http://www.dr-vorwerk.de)?

### Weshalb kommen Sie zur Behandlung?

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt?

	Ja	Nein
War die Behandlung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie nur die Behandlung der zur Zeit vorhandenen Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne, kurz: Ihrem „Lächeln“ zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hauptversicherte(r)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Straße Nr. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	Ja	Nein
Legen Sie bei zahnärztlicher Behandlung besonderen Wert auf örtliche Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Löcher in den Zähnen (Karies)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Zähne locker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neuen und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen/Erstattungsstellen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Ja  Nein

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden, welches die Möglichkeit bietet in Zukunft kariesfrei zu bleiben?

Ja  Nein

### Wünschen Sie besondere Beratung über:

Parodontitisbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amalgamentfernung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quecksilberentgiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahnfarbene Füllungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goldinlays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenksbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____		

# 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 beigefügt. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollte sich Ihr Gesundheitszustand im Laufe der Zeit verändern, bitten wir Sie, uns zu Ihrer eigenen Sicherheit zu unterrichten, so dass wir ggf. auf die veränderte Situation eingehen können.

	Ja	Nein	Wenn ja, bitte näheres
Waren Sie kürzlich oder sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
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"/>	_____
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<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"/>	_____
Nur für Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## Haben oder hatten Sie einen 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"/>	_____

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt? Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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.

**Hinweis zur Organisation:** Diese Praxis wird nach einem Terminsystem geführt.

Das bedeutet, die vereinbarte Zeit ist für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. In der Regel entstehen für Sie daher keine oder nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhergesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Erhalten Sie wegen eines Notfalls (z.B. Schmerzen) kurzfristig einen Termin, so sollten Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sind, bitten wir Sie um umgehende Benachrichtigung, damit die Zeit anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls sind wir berechtigt, Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen (§§ 304, 615 BGB).

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