

Anmeldung / Anamnese

Persönliches

Name / Vorname _____ Geb.dat _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. mobil _____ Tel. priv. _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Versicherung _____

wenn privat versichert -> Basistarif: ja nein

Zahnzusatzversicherung ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind - wer ist der Hauptversicherte?

Name / Vorname _____ Geb.dat _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Hinweise zur Praxisorganisation

Unsere Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem. Die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Daher ist es notwendig, im Verhinderungsfall den vereinbarten Termin **spätestens 24 h vorher** abzusagen.

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass wir im Falle der Nichteinhaltung eines Termins ohne fristgerechte Absage den entstandenen wirtschaftlichen Ausfall gemäß § 615 BGB in Rechnung stellen.

Aufklärung über Lokalanästhesie/örtliche Betäubung

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung des Schmerzempfindens im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Durch die örtliche Betäubung können zahnärztliche Behandlungen in aller Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Obwohl die örtliche Betäubung ein sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Betäubungsmittel wie bei jedem Medikament möglich und nicht vermeidbar (z.B. Einstichschmerz, Bluterguss, dauerhafte Gefühlslosigkeit, Missempfindungen, Kreislaufprobleme, eingeschränkte Reaktionsfähigkeit, allergische Reaktionen etc.).

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann. Dies kann durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Wenn Sie das erste Mal in unserer Praxis sind

Sind innerhalb der letzten 2 Jahre zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt worden? ja nein

Möchten Sie von uns an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Entbindung der Schweigepflicht

Unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden, dass wir Ihre Daten im Rahmen der Zweckbestimmung an Dritte (z.B. Hausärzte, Überweiser, Zahntechniklabore, Kostenträger) übermitteln dürfen.

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie ...

- Routinekontrolle Beratung neuen Zahnersatz Überweisung
 Schmerzbehandlung

Herz-/Kreislaufkrankungen

- Hoher Blutdruck ja nein
 Niedriger Blutdruck ja nein
 Herzschwäche ja nein
 Herzrhythmusstörungen ja nein
 Herzmuskelentzündung ja nein
 Herzschrittmacher ja nein
 Herzoperation ja nein
 wenn ja, wann? _____
 Herzinfarkt/Schlaganfall ja nein
 wenn ja, wann? _____
 andere Erkrankungen: ja nein
 wenn ja, welche _____

Haben Sie ...

- Blutgerinnungsstörungen ja nein
 Diabetes ja nein
 allergisches Asthma/Lungenerkrankung ja nein
 Lebererkrankungen ja nein
 Niereneinschränkungen/-insuffizienzen ja nein
 Magen-/Darmerkrankungen ja nein
 Schilddrüsenerkrankungen ja nein
 Osteoporose ja nein
 Rheuma / Arthritis ja nein
 Glaukom (grüner Starr) ja nein
 Krampfanfälle/Epilepsie ja nein
 Künstliche Gelenke ja nein

Besteht eine Infektionskrankheit?

- HIV (Aids) ja nein
 Tuberkulose ja nein
 MRSA-Infektion ja nein
 Hepatitis ja nein
 wenn ja A B C

Regelmäßige Medikamente ...

- Blutverdünner ja nein
 Bisphosphonate (Knochentropf/-spritze) ja nein
 Alendronsäure ja nein
 Herzmedikamente ja nein
 Cortison ja nein
 Antidepressiva ja nein
 andere Medikamente: ja nein

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? ja nein
 wenn ja, in welcher Woche? _____

wenn ja, welche _____

(wenn vorhanden, bitte Medikamentenliste beifügen)

Haben Sie Allergien?

- Lokalanästhesien ja nein
 Antibiotika ja nein
 Schmerzmittel ja nein
 zahnärztl. Metalle ja nein
 zahnärztl. Kunststoffe ja nein

Leiden Sie unter...

- Zahnfleischbluten ja nein
 Zahnlockerungen? ja nein
 Schmerzen beim Kauen oder Gähnen? ja nein
 Häufigen Kopf- oder Nackenschmerzen? ja nein

- Knirschen/Pressen Sie? ja nein
 Rauchen Sie? ja nein

wenn ja _____ Stk/Tag

- Konsumieren Sie täglich Alkohol Drogen

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter