



# Anmelde- und Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür 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. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversicherungskarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversicherungskarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

## Patient /-in Herr / Frau

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name                 | Vorname              | geb. am              |

## Anschrift

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße / Hausnr.     | E-Mail               | Geburtsort           |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Postleitzahl / Ort   | Telefon              | Mobil                |

## Mitglied Zahlungspflichtige/-r

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name                 | Vorname              | geb. am              |

## Anschrift

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße / Hausnr.     | E-Mail               |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Postleitzahl / Ort   | Mobil                |

## Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert       | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert            | <input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert   | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert                               |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt      | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r)    | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert |   |   |

## Beruf des Mitgliedes

|                      |                      |  |
|----------------------|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Schüler / Student |
|                      | Arbeitgeber          |  |

## Anschrift des Arbeitgebers

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße / Hausnr.     | Postleitzahl / Ort   | Telefon              |

## Beruf des Patienten

|                      |                      |  |
|----------------------|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Schüler / Student |
|                      | Arbeitgeber          |  |

## Anschrift des Arbeitgebers

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße / Hausnr.     | Postleitzahl / Ort   | Telefon              |

# Anmelde- und Anamnesebogen

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

|                             |                             |                               |                             |                             |                               |  |                             |                               |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Asthma (schwere Atemnot) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | Bluterkrankungen            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankungen                                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit             | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | Blutgerinnungsstörungen     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | Nierenfunktionsstörungen                                 | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| Rheuma                      | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | Krankenhauskeim MRSA        | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | Creutzfeldt-Jakob  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| Osteoporose                 | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | Leberkrankheiten            | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | Tumor/Karzinom/Krebs                                     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| TBC                         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate? | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| HIV-Infektion               | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | Anfallsleiden (Epilepsie)   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |  |                             |                               |

Ihr Hausarzt:

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

Name

Anschrift

Telefon

b) Bestehen Allergien?

ja  nein  wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergie-Pass?

ja  nein

c) Herzinfarkt

Nehmen Sie Marcumar?

ja  nein

Schlaganfall

ja  nein

Lähmungen

ja  nein

d) Blutdruck

niedrig  ggf. Werte

normal

hoch

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja  nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja  nein  ggf. welche?

4. Rauchen Sie?

ja  nein

5. Bestehen Suchtkrankheiten

ja  nein  ggf. welche?

6. Besteht eine Schwangerschaft?

ja  nein  ungewiss

ggf. wievielte Woche

7. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?

ja  nein  Unfalldatum

Art. d. Verletzung

8. Sonstige Angaben/andere Krankheiten?

9. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?

ja  nein

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrfähigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

10. Haben Sie einen Röntgenpass?

ja  nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass?

ja  nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)

11. Haben Sie ein Bonusheft?

ja  nein

Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert?

ja  nein

Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

Datum

Unterschrift Patient/in