

ANMELDEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

PERSONALIEN



Patient (Name, Vorname) _____ Geburtsdatum _____

Versicherter (Name, Vorname) _____ Ehegatte Vater, Mutter _____ Geburtsdatum _____

Anschrift Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Wohnort _____

Telefon-Nummer _____ Telefax-Nummer _____

Beruf _____ Angestellter Selbstständig

Arbeitgeber _____ Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____ Telefon-Nummer _____

Krankenkasse _____ Pflichtvers. Freiwillig Privat

Hausarzt oder/und andere Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind. _____

GESUNDHEITSFragen

Die folgenden Fragen dienen der Risikoabklärung. Bitte beantworten Sie diese Fragen zu Ihrer eigenen Sicherheit gewissenhaft. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten auftreten, fragen Sie bitte unsere Helferinnen.

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------------|--|
| 1. Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie Bluterkrankungen oder abnorme Blutungsneigungen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Leiden Sie an Zuckerkrankheiten (Diabetes) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche _____ | | |
| 5. Haben Sie Allergien ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche _____ | | |
| 6. Hatten Sie ein Leberleiden (Gelbsucht, Hepatitis) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hatten Sie Tuberkulose (Tbc) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Leiden Sie an Aids ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ <input type="checkbox"/> weiß nicht | | |
| 9. Haben Sie rheumatische Erkrankungen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sind Sie schwanger ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie sehr | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 12. Haben Sie Zahnschmerzen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Wurden Sie früher kieferorthopädisch behandelt ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Wer hat Sie uns empfohlen oder an uns überwiesen? _____ | | |
| 18. Möchten Sie über unser Prophylaxeprogramm informiert werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |