

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis für Zahnmedizin und Zahntechnik.

Wir, das Team von DRES. SCHLEMMER & KOLLEGEN, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name Vorname		Titel
Straße Hausnummer		Geburtsdatum Geburtsort
Postleitzahl Ort		E-Mail
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	Telefon (geschäftlich)
Beruf Arbeitgeber		
Hausarzt (Name Ort)		

KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

- Gesetzlich versichert: Freiwillig Pflicht
- Privat versichert: Basistarif Standardtarif
- Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein
- Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichert?

Name Vorname		Geburtsdatum Geburtsort
Straße Hausnummer	Postleitzahl Ort	Telefon (privat)

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen Tinnitus | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Leber- Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenveränderungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Immunsuppression | <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung Chemotherapie |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen? | | | |

Leiden Sie unter folgenden Herzkrankheiten?

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzoperation (Klappenersatz Herzschrittmacher) |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe benötigt | |

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK) Varianten CJK |
| <input type="checkbox"/> HIV AIDS | <input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA) | |

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie einen Allergiepass?
- Besteht eine Schwangerschaft? Woche | Monat _____
- Rauchen Sie? Menge pro Tag _____
- Schnarchen Sie?
- Haben Sie in der Nacht Atemaussetzer (Apnoen)?
- Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit?
- Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung? _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

- Blutdruckmedikamente Bisphosphonate Schmerzmittel Blutverdünnende Medikamente
(z.B. Marcumar[®], Xarelto[®],
 Herzmedikamente Kortison Antidepressiva Eliquis[®], Pradaxa[®] oder ASS[®])
 Sonstige Medikamente _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten? Ja

Wenn ja, gegen welche? _____

ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Ich wurde bereits kieferorthopädisch behandelt. Ich habe Interesse am Thema Prophylaxe.
- Mit meiner Zahnfarbe bin ich nicht zufrieden.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder Symptomen?

- Zahnschmerzen Zahnfleischbluten
- Zahnfleischrückgang Pressen oder knirschen mit den Zähnen
- Mundgeruch Zahnarztangst

UNSER SERVICE FÜR SIE

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie über halbjährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie Prophylaxetermine zu informieren. Wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

- per Post per E-Mail kein Interesse

Wünschen Sie eine Terminerinnerung? Wenn ja, auf welchem Wege?

- per E-Mail per Anruf kein Interesse

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden? Wenn ja, auf welchem Wege?

- per Post per E-Mail kein Interesse

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns vorbehalten, nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team von DRES. SCHLEMME & KOLLEGEN

DRES. SCHLEMME & KOLLEGEN
Ärztehaus Vitalis
Gutenbergstr. 1
71665 Vaihingen an der Enz

T 0 70 42 98 04 1
F 0 70 42 16 38 5
M info@drschlemme.de
W www.drschlemme.de