

# Anmeldeformular

---

\*Patient (Name, Vorname)

\*Geburtsdatum

---

\*Versicherter

\*Geburtsdatum

---

\*Anschrift (Straße, Nr.)

\*Wohnort

---

Telefonnummer

\*Krankenkasse

---

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft und genau. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich **der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz**. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an unsere Helferinnen.

Wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns mindestens **24 Stunden** vorher, weil wir Ihnen die reservierte nicht genutzte Zeit sonst in Rechnung stellen müssten.

## Gesundheitsfragebogen

JA / NEIN

1. \*Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?

\_\_\_\_\_

2. \*Leiden Sie an Asthma?

3. \*Haben Sie Bluterkrankungen oder abnorme Blutungsneigung?

4. \*Leiden Sie an Diabetes?

Typ :

5. \*Haben Sie ein Schilddrüsenleiden?

6. \*Leiden Sie an Rheuma oder anderen Knochen- bzw. Gelenkproblemen?

\_\_\_\_\_

7. \*Leiden Sie an grünem Star oder Glaukom

8. \*Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

9. \*Reagieren Sie überempfindlich auf Arzneien oder haben Sie Allergien?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

10. \*Haben/Hatten Sie ein Leberleiden? Hepatitis/ Gelbsucht?

11. \*Haben/ Hatten Sie Tuberkulose (TBC)

12. \*Leiden Sie an AIDS oder sind Sie HIV+?

13. \*Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung

\*Haben Sie eine Erkrankung, die nicht auf dem Zettel steht? Welche: \_\_\_\_\_

\*Haben Sie künstliche Gelenke? Welche: \_\_\_\_\_

14. Rauchen Sie?

15. \*Sind Sie schwanger? Oder stillen Sie? Ich bin schwanger:  Ich stille:

16. Leiden Sie oft an Verspannungen oder Kopfschmerzen?

17. Schnarchen Sie nachts?

## Anmeldeformular

18. Knirschen Sie mit den Zähnen?

19. Haben Sie Zahnfleischbluten?

20. Haben Sie Angst vor der Behandlung?

21. \*Existieren Zahn-, Kiefer-, Röntgenbilder jüngeren Datums?

22. Für Vertretungspatienten: Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt?

\_\_\_\_\_

---

Ort, Datum  
Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift/ bei Minderjährigen

**Alle Felder die mit \* gekennzeichnet sind, sind Pflichtangaben und müssen für die Behandlung angekreuzt werden.**