



## Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Die Angaben zur Person sind ausschließlich für unsere Kartei bestimmt. Die Fragen nach Vorerkrankungen helfen uns, unsere Behandlung optimal Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Allgemeinerkrankungen können nämlich auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Falls sich an Ihrem Gesundheitszustand etwas ändert, erbitten wir einen Hinweis. Bei Fragen sind Ihnen unsere Mitarbeiterinnen gern behilflich.

Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Dr. Winfried Zeppenfeld und Dr. Björn Storsberg

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geburtsort (wg. Röntgenverordnung) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Name des Versicherten /  
 Rechnungsempfänger \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ beihilfeberechtigt ja 0 / nein 0

Telefon privat \_\_\_\_\_ beruflich \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Empfohlen durch \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Bestehen gesundheitliche Risiken? Wenn ja, welche? ja / nein

Leiden Sie unter hohem Blutdruck?  ja /  nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen?  ja /  nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?  ja /  nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja /  nein

Haben Sie künstliche Herzklappen, etc.?  ja /  nein

Haben Sie einen Allergiepass?  ja /  nein

Reagieren Sie überempfindlich / allergisch auf bestimmte Stoffe oder Medikamente?  
 wenn ja, welche:  ja /  nein

Haben Sie Asthma?  ja /  nein

Rauchen Sie?  ja /  nein

Haben Sie Diabetes/Zucker?  ja /  nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?  ja /  nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?  ja /  nein

	ja / nein
Haben / hatten Sie Hepatitis?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Sind Sie HIV positiv?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Leiden Sie an Tuberkulose?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Leiden Sie an Osteoporose ?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Werden Sie wegen eines Tumors / Krebs behandelt?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Andere schwere Erkrankungen?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Leiden Sie unter Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Leiden Sie unter Nackenverspannungen?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zähne richtig zusammen passen?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung", z.B. wegen Kiefergelenksproblemen?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie Zahnimplantate?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie einen Implantat-Pass?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Sind Sie schwanger? Wenn ja in welcher Woche?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen der Zähne oder des Kiefers angefertigt?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie Zahnimplantate?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie einen Implantat-Pass?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
<u>Weswegen begeben Sie sich bei uns in Behandlung?</u>	
Eigentlich nur zur regelmäßigen Kontrolle	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Haben Sie Probleme mit wurzelbehandelten Zähnen?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Sind schöne, gesunde Zähne für Sie wichtig?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Halten Sie eigene Zähne ein ganzes Leben lang für erstrebenswert?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Sollen wir Sie anrufen, wenn kurzfristig Termine frei werden?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Wenn ja, können Sie in weniger als einer Stunde hier sein?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Flensburg, den \_\_\_\_\_

## Zum Schluss noch zwei wichtige Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass Ihre Fahrtüchtigkeit unter dem Einfluss von Spritzen zur örtlichen Betäubung, die vor oder während der Behandlung verabreicht werden, für 4 bis 6 Stunden beeinträchtigt sein kann. Aus rechtlichen Gründen weisen wir darauf hin, dass es in extrem seltenen Fällen nach Betäubungen im Unterkiefer zu dauerhaften Gefühlsbeeinträchtigungen in der Lippe oder Zunge kommen kann.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese Hinweise zur Kenntnis genommen haben.

\_\_\_\_\_