

Anmeldung / Anamnese

Persönliches

Name / Vorname _____ Geb.dat _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. mobil _____ Tel. priv. _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Versicherung _____

wenn privat versichert -> Basistarif: ja nein

Zahnzusatzversicherung ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind - wer ist der Hauptversicherte?

Name / Vorname _____ Geb.dat _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Hinweise zur Praxisorganisation

Unsere Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem. Die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Daher ist es notwendig, im Verhinderungsfall den vereinbarten Termin **spätestens 24 h vorher** abzusagen.

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass wir im Falle der Nichteinhaltung eines Termins ohne fristgerechte Absage den entstandenen wirtschaftlichen Ausfall gemäß § 615 BGB in Rechnung stellen.

Aufklärung über Lokalanästhesie/örtliche Betäubung

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung des Schmerzempfindens im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Durch die örtliche Betäubung können zahnärztliche Behandlungen in aller Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Obwohl die örtliche Betäubung ein sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Betäubungsmittel wie bei jedem Medikament möglich und nicht vermeidbar (z.B. Einstichschmerz, Bluterguss, dauerhafte Gefühlslosigkeit, Missempfindungen, Kreislaufprobleme, eingeschränkte Reaktionsfähigkeit, allergische Reaktionen etc.).

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann. Dies kann durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Wenn Sie das erste Mal in unserer Praxis sind

Sind innerhalb der letzten 2 Jahre zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt worden? ja nein

Möchten Sie von uns an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Entbindung der Schweigepflicht

Unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden, dass wir Ihre Daten im Rahmen der Zweckbestimmung an Dritte (z.B. Hausärzte, Überweiser, Zahntechniklabore, Kostenträger) übermitteln dürfen.

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie ...

- Routinekontrolle Beratung neuen Zahnersatz Überweisung
 Schmerzbehandlung

Herz-/Kreislaufkrankungen

- Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzschwäche ja nein
Herzrhythmusstörungen ja nein
Herzmuskelentzündung ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Herzoperation ja nein
wenn ja, wann? _____
Herzinfarkt/Schlaganfall ja nein
wenn ja, wann? _____
andere Erkrankungen: ja nein
wenn ja, welche _____

Haben Sie ...

- Blutgerinnungsstörungen ja nein
Diabetes ja nein
allergisches Asthma/Lungenerkrankung ja nein
Lebererkrankungen ja nein
Niereneinschränkungen/-insuffizienzen ja nein
Magen-/Darmerkrankungen ja nein
Schilddrüsenerkrankungen ja nein
Osteoporose ja nein
Rheuma / Arthritis ja nein
Glaukom (grüner Starr) ja nein
Krampfanfälle/Epilepsie ja nein
Künstliche Gelenke ja nein

Besteht eine Infektionskrankheit?

- HIV (Aids) ja nein
Tuberkulose ja nein
MRSA-Infektion ja nein
Hepatitis ja nein
wenn ja A B C

Regelmäßige Medikamente ...

- Blutverdünner ja nein
Bisphosphonate (Knochentropf/-spritze) ja nein
Alendronsäure ja nein
Herzmedikamente ja nein
Cortison ja nein
Antidepressiva ja nein
andere Medikamente: ja nein

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? ja nein
wenn ja, in welcher Woche? _____

wenn ja, welche _____

(wenn vorhanden, bitte Medikamentenliste beifügen)

Haben Sie Allergien?

- Lokalanästhesien ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
zahnärztl. Metalle ja nein
zahnärztl. Kunststoffe ja nein

Leiden Sie unter...

- Zahnfleischbluten ja nein
Zahnlockerungen? ja nein
Schmerzen beim Kauen oder Gähnen? ja nein
Häufigen Kopf- oder Nackenschmerzen? ja nein

- Knirschen/Pressen Sie? ja nein
Rauchen Sie? ja nein

wenn ja _____ Stk/Tag

- Konsumieren Sie täglich Alkohol Drogen

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter