

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir führen ein genaues Termin-Bestellsystem. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeit. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird. (§§304, 615 BGB).**

<b>Patient/in</b>	<b>Versicherte(r) (bei Familienversicherung)</b>
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Straße:	Straße:
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
Telefon privat:	Telefon privat:
Telefon beruflich:	
Mobil:	
E-Mail:	
Beruf:	
Krankenkasse:	Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

Von wem wurde unsere Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr/e Hausarzt/Hausärztin? \_\_\_\_\_

Bestehen oder bestanden bei Ihnen die folgenden Krankheiten / Beschwerden / Befunde?

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzerkrankung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zuckerkrankheit/Diabetes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Immunschwäche (HIV/AIDS)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magen- /Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lungenerkrankung (Asthma)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lebererkrankung (Hepatitis)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörung	Sonstige Erkrankungen: _____		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervenerkrankung	Allergien: _____		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Medikamentenplan?) **Ja**  **Nein**

Wenn ja: welche :

(z.B.Blutverdünner) \_\_\_\_\_

Bitte wenden

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Besteht eine Schwangerschaft? Im __ Monat (Entbindungstermin _____)	O	O
Haben Sie Zahnschmerzen?	O	O
Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?	O	O

Welche zahnmedizinischen Probleme liegen vor, bzw. welche Erkrankungen befürchten Sie?

O Karies	O Probleme mit der vorhandenen Versorgung	O Zahnfleischprobleme
O Verletzungen	O Kiefergelenkprobleme /gestörte Kaufunktion	O Aussehen der Zähne

Weshalb suchen Sie uns auf? Was ist Ihr Hauptanliegen? \_\_\_\_\_

### **Mundhygiene**

Ist Ihnen schon einmal ausführlich gezeigt worden, wie Sie individuelle Zahnpflege betreiben sollen?	Ja O	Nein O	
Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen?	Ja O	Nein O	
Wie oft reinigen Sie Ihre Zähne täglich?	1x O	1-2x O	__x O
Wie lange dauert der längste Putzvorgang?	weniger als 1 Min. O	1-2 Min. O	__Min. O
Welche Zahnbürste verwenden Sie?	manuell (Hand) O	elektrisch O	Schall O
Blutet es beim Zähneputzen?	Ja, immer O	selten O	nie O
Besteht Mundgeruch?	Ja, immer O	selten O	nie O
Reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?	Ja, täglich O	gelegentlich O	nie O
Verwenden Sie sonstige Mundhygieneartikel? Welche?	_____		

Bestehen überempfindliche Zahnhälse?	Ja O	Nein O	Kauen Sie Kaugummi?	Ja O	Nein O
Leiden Sie unter häufigem Erbrechen / Sodbrennen / Aufstoßen?	Ja O				Nein O

### **Rauchen**

Rauchen Sie zurzeit?	Ja O	Nein O	Haben Sie früher geraucht?	Ja O	Nein O
----------------------	------	--------	----------------------------	------	--------

### **Funktion**

Besteht eine Neigung zum Knirschen oder Pressen mit den Zähnen?	Ja O	Nein O
Liegen Angewohnheiten vor, wie z.B. Zungenpressen oder Wangenbeißen?	Ja O	Nein O
Ist Ihre Kaumuskulatur oft verspannt?	Ja O	Nein O

### **Zahnarztbesuch / Frühere Behandlungen**

Wurden im letzten Jahr neue Füllungen / Inlays / Kronen gemacht?	Ja O	Nein O
Wurden in den letzten 2 Jahren zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht?	Ja O	Nein O
Falls ja, in welcher Zahnarztpraxis	_____	

**Dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift