

# Anmeldung

Version 28.01.2025

© Dr. Schuhriemen

## Angaben zum Patienten:

Name: ..... Vorname: ..... Geb.-Dat.: .....

Wohnort: ..... Straße: ..... Tel.: .....

**Name, Anschrift Ihres Hausarztes:** .....

**Name Ihrer Krankenkasse:** .....

gesetzlich versichert       freiwillig gesetzlich versichert       privat versichert       Beihilfe

Gibt es Besonderheiten bei Ihrer Krankenversicherung? .....

## Angaben zum Mitglied, falls Sie nicht selbst versichert sind:

Name: ..... Vorname: ..... Geb.-Dat.: .....

Wohnort: ..... Straße: ..... Tel.: .....

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Viele Krankheiten können Einfluß auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre Angaben helfen uns, die Behandlung an Ihren Gesundheitszustand anzupassen. Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen sorgfältig aus. Sollte sich Ihr Gesundheitszustand ändern, so teilen Sie uns dies bitte mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne.

	Ja	Nein		
Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?			Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches?	
- Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
- Blutkrankheiten, Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
- Neigung zu blauen Flecken oder langem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
- Herzkrankheiten/fehler, Herzklappenprothesen, Herzentzündungen, Herz-OPs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? .....	
- Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung? .....	
- Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Ja</b> <b>Nein</b>
- Asthma / Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie Verletzungen oder Operationen im Mund- oder Kieferbereich?	<input type="checkbox"/>
- Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie beim Zahnarzt schon einmal Probleme mit der Betäubung?	<input type="checkbox"/>
- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?	<input type="checkbox"/>
- Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Zahnfleischbluten oder gelockerte Zähne?	<input type="checkbox"/>
- andere oben nicht genannte Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: .....			Haben Sie öfter Kopfschmerzen, Verspannungen oder Nackenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in letzter Zeit im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, genauere Beschreibung: .....	
Wenn ja, weswegen? .....			Möchten Sie an den halbjährlichen Kontrolltermin - Recall - erinnert werden?	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer ein (z.B. Marcumar, Eliquis, Xarelto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn Sie eine Teilnahme am Recall wünschen, so ist eine separate Einverständniserklärung notwendig.	
Wenn ja, welche .....			Bitte beachten Sie, dass eine zahnärztliche Betäubung die Fahrtüchtigkeit einschränken kann.	
Bekommen Sie Medikamente für den Knochenstoffwechsel / Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wir weisen Sie darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung Daten erhoben und nach den geltenden Gesetzen und Verordnungen verarbeitet werden.	
Wenn ja, welche .....				
Nehmen Sie andere Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wenn ja, welche?.....				
Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten gegen Medikamente (z.B. Penicillin, Jod, Latex )?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wenn ja, welche? .....				
<b>Für Patientinnen:</b> Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wenn ja, Woche/Monat?.....				
Befinden Sie sich in der Stillzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum	Unterschrift