



Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis  
Dr. Sieper & Didszuweit-Mathia

## Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

### **Patient**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail privat: \_\_\_\_\_

### **Wer ist Hauptversicherter?**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Telefonnummern:**

Privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Geschäftlich: \_\_\_\_\_

### **Wer soll die Rechnung erhalten?**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

Ihre Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sind Sie Pflichtversichert? ja o nein o

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja o nein o

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### **Bestehen gesundheitliche Risiken?**

Leiden Sie an einer Allergie? ja o nein o

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

Haben Sie eine Erkrankung von Leber, Niere oder Verdauungstrakt? ja o nein o

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja o nein o

Haben Sie einen Herzklappenersatz / Endokarditis? ja o nein o

Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja o

niedrigen Blutdruck? ja o

Haben Sie eine Lungen- und Atemwegserkrankung? ja o nein o

Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung / Diabetes? ja o nein o

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja o nein o

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja o nein o

Liegt bei Ihnen eine Nervenerkrankung vor, z.B. Epilepsie/ Lähmungen nach Schlaganfall?  
ja o nein o

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?  
ja o nein o

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?  
HIV o Hepatitis B o Hepatitis C o

Nehmen Sie Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein, wie z.B. Pradaxa, ASS, Marcumar, ect.?  
ja o nein o

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

Leiden Sie unter Migräne? ja o nein o

Haben Sie grünen/grauen Star? ja o nein o

Haben Sie eine Muskelerkrankung, Muskelschwäche? ja o nein o

Haben Sie eine Erkrankung des Skelettsystems, z.B. Wirbelsäulenschäden? ja o nein o

Sind Sie schwanger? ja o nein o

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? ja o nein o

Nehmen Sie Drogen? ja o nein o

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

### Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja o nein o

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? \_\_\_\_\_

Sonstiger Grund \_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnschmerzen? ja o nein o

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja o nein o

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja o nein o

Sind Ihre Zähne gelockert? ja o nein o

Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? ja o nein o

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja o nein o

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja o nein o

Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung? ja o nein o

Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten? ja o nein o

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja o nein o

Möchten Sie darüber eine Beratung? ja o nein o

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden  
Kontrolluntersuchungen   
Professionelle Zahnreinigung

Die Erinnerung wünsche ich  
per Brief   
per E-Mail

Ich bin damit einverstanden, dass, bei Bedarf, meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen ( Röntgenbilder, Modelle, etc.) an weiterbehandelnde Zahnärzte übersandt werden oder von vorbehandelnden Zahnärzten angefordert werden.  
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

---

Ort, Datum und Unterschrift