



# Zahnarztpraxis Dr. Anton Krakowezki

Anmeldebogen mit Anamnese!

Datum \_\_\_\_\_

*Herzlich Willkommen in unserer Praxis*

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufgesucht haben und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um eine gewissenhafte Behandlung durchführen zu können, benötigen wir vorab noch ein paar wichtige aktuelle Gesundheitsinformationen. Denn einige Erkrankungen können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie, Ihrem Behandler mögliche Änderungen jeweils vor Behandlungsbeginn mitzuteilen, um mögliche Gefährdungen Ihrer Gesundheit ausschließen zu können. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Bei Fragen hilft Ihnen unser Praxisteam selbstverständlich gerne weiter.

## Patient:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
_____	_____	_____
Email	Telefon Festnetz	Telefon Mobil
_____	_____	_____
Beruf	Arbeitgeber	Telefon beruflich

## Versicherte Person:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
_____	_____	_____
Email	Telefon Festnetz	Telefon Mobil
_____	_____	_____
Beruf	Arbeitgeber	Telefon beruflich

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

- Gesetzlich       Privat versichert       Zusatzversicherung  
 Basistarif       Beihilfeberechtigt

## Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Telefonbuch       Gelbe Seiten       Internetpräsenz       Internetsuchmaschine  
 Lage der Praxis       Auf Empfehlung von \_\_\_\_\_

Bitte wenden



Zahnarztpraxis  
Dr. Anton Krakowezki

Unsere Praxis bietet Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxe-Leistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Im Rahmen unseres Prophylaxe-Konzeptes bieten wir Ihnen einen kostenlosen Terminerinnerungs-Service (Recall) für Prophylaxe-Termine und halbjährliche Kontrolluntersuchungen an.

### Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen?

Wenn ja, per:  Brief  Email

### Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
<b>Herz-/Kreislaufkrankungen</b>					
Zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzklappenfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt/Angina Pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bypass/Stent/Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Innere Erkrankungen</b>					
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lungenerkrankung (Asthma, Atemnot)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (Zuckererkrankung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A,B,C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunmangel-Syndrom (AIDS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augenerkrankung (Glaukom, grüner Star)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einnahmen von Bisphosphonaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche _____		
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche _____		
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche _____		

Mein Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)

### Bitte beachten Sie:

Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionszeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Aufklärungen habe ich verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Wenn sich mein Gesundheitszustand ändern sollte, teile ich es unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit.

Ort | Datum

Unterschrift des Patienten/des Erziehungsberechtigten