



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 _____

Achtung: weitere wichtige Fragen auf der Rückseite!



Möchten Sie sich für unseren Terminerinnerungs-Service vormerken lassen?

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.

Wenn ja, per: Brief Email

Bitte ausfüllen

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
Herz-/Kreislaufkrankungen					
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"/>
Innere Erkrankungen					
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