



Dr. Andreas Martin

ANMELDEFORMULAR

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrte Patientinnen,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bei eventuellen Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter. 😊

A: Personalien			
Patient:			
Name:	Vorname: Geburtsdatum:		
Beruf:			
Mitglied:			
Name:	Vorname: Geburtsdatum:		
Anschrift privat:			
PLZ:	Ort: Strasse: Telefon:		
E-Mail:	Handy: Fax:		
Anschrift beruflich:			
PLZ:	Ort: Strasse: Telefon:		
E-Mail:	Handy: Fax:		
Krankenkasse:			
<input type="radio"/> gesetzlich	<input type="radio"/> privat		
<input type="radio"/> privat basisversichert	Name d. Krankenversicherung:		
B: Allgemeine Anamnese		Ja	Nein
Haben Sie einen Allergiepass?			
Haben Sie Überempfindlichkeiten gegen bestimmte Substanzen? (Penicillin, Jod, Nickel...) Wenn ja welche:			
Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche:			
Haben Sie Asthma, Heuschnupfen oder andere Überempfindlichkeiten?			
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?			
Bluten Sie lange nach Verletzungen?			
Haben Sie Herz-/ Kreislauferkrankungen? z.B.:			
<input type="radio"/> Unregelmäßiger Herzschlag <input type="radio"/> Herzschrittmacher <input type="radio"/> andere			
Wurde bei Ihnen schon mal eine Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut) oder ein Herzinfarkt festgestellt?			
Wurden Sie schon einmal am Herzen operiert, z.B. an den Herzklappen?			
Bestehen bei Ihnen Erkrankungen des Stoffwechsels?			
<input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Schilddrüse			
Neigen Sie zu Krämpfen?			
Rauchen Sie?			
Wenn ja, wie viel: <input type="radio"/> bis zu 10 pro Tag <input type="radio"/> mehr als 10 Zigaretten pro Tag			
Konsumieren Sie regelmäßig andere Suchtmittel? z.B.: Alkohol, Drogen, Tabletten etc. Wenn ja, welche und wie viel:			
Hatten Sie jemals <input type="radio"/> Gelbsucht <input type="radio"/> Tuberkulose <input type="radio"/> schweres Rheuma ?			
Leiden Sie unter Infektionskrankheiten? (z.B.: HIV, AIDS, Hepatitis, Gelbsucht, MRSA...) Wenn ja, welche:			
Sind Sie schwanger? Wenn ja: Monat /..... Woche			
Haben sie andere noch nicht genannte Erkrankungen?			



C: Zahnärztliche Anamnese:	Ja	Nein
Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung?		
Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?		
Gibt es empfindliche oder störende Zähne?		
Haben Sie Zahnfleischprobleme?		
Haben Sie schon einen Zahn aufgrund von Lockerung verloren?		
Wurde bei Ihnen schon eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?		
Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? O letztes Jahr O vor 2 Jahren O vor mehr als 2 Jahren		
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?		
Leiden Sie unter Spannungskopfschmerz?		
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk oder in der Ohrumgebung?		
Bestehen häufig Hals- oder Nackenverspannungen?		

Was führt Sie heute zu uns? Ich komme zur Beratung oder Kontrolle
 Notfallbehandlung (Zahnschmerzen)
 Sanierung
 Sonstiges:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? durch Empfehlung von
 über das Internet
 Sonstiges:

Wie schätzen Sie Ihre Zahnpflege ein?
 sehr gut gut befriedigend ausreichend schlechter

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über Bleaching / Zahnaufhellung
 Kinderprophylaxe
 Gold- bzw. Keramikinlays
 Professionelle Zahnreinigung
 Amalgamaustausch und Alternativen
 Implantate
 Kiefergelenkbeschwerden/Knirschen
 Sonstiges:

Möchten Sie an die halbjährliche Untersuchung bzw. Prophylaxe erinnert werden? Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit 😊

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Fragen gewissenhaft beantwortet und auch verstanden haben. Gleichzeitig willigen Sie ein, dass wir Ihre Daten speichern. Falls es zu Änderungen kommen sollte, sprechen Sie uns bitte darauf an. Wir möchten Sie bitten, die vereinbarten Termine wahrzunehmen, da wir speziell für Sie uns auch Zeit freihalten. Falls etwas dazwischen kommen sollte, dann würden Sie uns sehr helfen, wenn Sie uns dies 1 – 2 Tage vorher mitteilen könnten. Selbstverständlich können wir dann einen Ausweichtermin vereinbaren. Zudem möchten wir Sie darauf hinweisen, dass nach einer zahnärztlichen Behandlung mit lokaler Betäubung (Spritze), sowie nach Einnahme von Medikamenten eine Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit möglich ist.

Ihr Praxisteam Dr. Martin

.....
Datum

.....
Unterschrift

