

**Zahnarzt Kai – Uwe – Klün  
Praxis für Zahngesundheit**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich Willkommen in unserer Praxis. Dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung an Ihren Gesundheitszustand anzupassen.

Patient:		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Versicherter:		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:		
PLZ/Ort:	Straße:	Telefon privat:
e-Mail:	Mobil:	Telefon beruflich:
Krankenkasse:		
gesetzlich <input type="checkbox"/>	privat <input type="checkbox"/>	Zusatzversicherung <input type="checkbox"/>
		Beihilfe berechtigt <input type="checkbox"/>
Arbeitgeber:		

Was führt Sie heute zu uns?
Beratung oder Kontrolle <input type="checkbox"/>
Notfallbehandlung (Zahnschmerzen) <input type="checkbox"/>
Sanierung <input type="checkbox"/>

<b>Allgemeine Anamnese:</b>	Ja	Nein
Müssen Sie zurzeit Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche?		
Bestehen bei Ihnen Allergien? Wenn ja, welche? Haben Sie einen Allergiepass? Wenn ja, legen Sie diesen bitte zum kopieren bei der Anmeldung vor		
Haben Sie Überempfindlichkeiten gegen Medikamente? (Penicillin, Jod ...) Wenn ja, welche?		
Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen:		
Blutgerinnungsstörung oder Behandlung mit Gerinnungshemmern zur Zeit? (z.B. ASS, Heparin, Marcumar)		
Diabetes(Zuckerkrankheit)? Wenn ja, insulinpflichtig?		
Eine Herz-Kreislauf-Erkrankung bzw. Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> Infektiöse Endokarditis <input type="checkbox"/>		
<b>BITTE WENDEN !!!</b>		

<b>Allgemeine Anamnese:</b>	Ja	Nein
Infektiöse Erkrankung wie z.B. Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV Infektion <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/>		
Lebererkrankungen?		
Nierenerkrankungen?		
Schilddrüsenkrankungen? Wenn ja, Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/>		
Atemwegserkrankungen, chronische Bronchitis, Asthma?		
Anfallsleiden (Epilepsie)?		
Haben Sie Magen- / Darmerkrankungen?		
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?		

<b>Zahnärztliche Anamnese:</b>	Ja	Nein
Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung?		
Haben Sie Beschwerden beim Kauen?		
Haben Sie Zahnfleischprobleme?		
Wurde bei Ihnen schon eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?		
Fand eine Röntgenuntersuchung in den letzten 2 Jahren statt?		
Gibt es empfindliche oder störende Zähne?		
Halten Sie den Erhalt Ihrer eigenen Zähne für wichtig?		
Knirschen Sie mit den Zähnen?		

### **Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen**

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Ich bestätige die Richtigkeit der gemeldeten Angaben und teile Änderungen jeglicher Form sofort mit.

Aurich, .....

Unterschrift .....