

Kempka & Hülsmann

Die Präventions-Praxis

Anmeldebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Sie besser kennenzulernen, bitten wir Sie, diesen Anmeldebogen auszufüllen:

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Versichert über: _____
Name des Versicherungsmitgliedes Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____
Straße Nr. PLZ Ort

* _____
Beruf des Patienten Arbeitgeber

* _____
Telefon privat Wann am besten zu erreichen Telefon beruflich Wann am besten zu erreichen

* _____
Mobiltelefon Fax E-Mailadresse

Ich bin **gesetzlich versichert** **privat versichert**
mit Zahnzusatzversicherung* **mit Beihilfeanspruch***
Basistarif

Versicherung: _____

Kommen Sie als Überweisungspatient zu uns* Ja Nein
Kommen Sie auf Empfehlung zu uns?* Ja Nein

Wenn ja, von wem wurde unsere Praxis empfohlen / wurden Sie überwiesen?* _____

Wenn nein, wie haben Sie uns gefunden? *

Telefonbuch: "Das Örtliche" Deckblatt Ärzteverzeichnis
"Gelbe Seiten" Kleines Buch Großes Buch
"Das Telefonbuch"

Internet: Google dasoertliche.de gelbeseiten.de telefonbuch.de
sonstige Suchmaschinen _____

Praxisschild sonstiges: _____

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

viele Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf Ihre zahnmedizinische Behandlung haben. Wir bitten Sie daher, die nachfolgenden Fragen genau durchzulesen und so präzise wie möglich zu beantworten. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen in unserer Praxis der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem persönlichen Gesundheitszustand anzupassen, um so unnötige Risiken vermeiden zu können.

Waren Sie letzter Zeit in **ambulanter** oder **stationärer ärztlicher Behandlung**?

Nein Ja weshalb? _____

Wer ist Ihr behandelnder **Hausarzt** oder **Facharzt**?

Name: _____ in _____, Telefon _____ / _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Nein Ja

Welche Medikamente? _____

Tragen Sie **Notfall-Medikamente** bei sich (z.B. Asthma-Spray, Nitro-Spray)? Nein Ja

Bitte wenden

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?

	Nein	Ja
Arzneimittel-Unverträglichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gegen _____		
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gegen bestimmte Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gegen bestimmte Metalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstiges _____		
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma bronchiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges _____		
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluten kleinere Verletzungen bei Ihnen länger nach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müssen Sie Insulin spritzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hämatologische Erkrankungen (Erkrankungen der blutbildenden Organe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		
Zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalwerte RR _____/_____		
Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koronare Herzkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angina Pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann? _____		
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Operationen am Herzen (Bypass)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann? _____		
Infektionserkrankungen		
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis A , B oder C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges _____		
Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkohol-/ Drogenabhängigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niereninsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma/ rheumatisches Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsen-Erkrankungen		
Überfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wo? _____		
Wann? _____		
Sonstige nicht aufgeführte Erkrankungen		

Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wie viel pro Tag? _____		
Nicht mehr seit _____		
	Nein	Ja
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welcher Monat? _____		

Nun endlich zur Zahnmedizin!

Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?

Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine zahnärztliche **Routineuntersuchung** durchgeführt? _____

Wurden **Routineuntersuchungen** 1-2 mal jährlich durchgeführt?

Nein Ja

Wann wurden Ihre Zähne zuletzt **geröntgt**? _____

Haben Sie **Zahnschmerzen** manchmal ständig

Haben Sie **Zahnfleischbluten** selten häufig

Gesichts-, Nacken- oder Kopfschmerz

Ohrenschmerzen Tinnitus

Kiefergelenkschmerzen Kiefergelenksknacken

Mundtrockenheit Mundgeruch

Knirschen oder **pressen** Sie mit den Zähnen?

Nein Ja Weiß ich nicht

Haben Sie als Kind eine **Zahnspange** getragen?

Nein Ja

Wurde bei Ihnen eine **Zahnfleischbehandlung** durchgeführt?

Nein Ja Wann? _____

Tragen Sie **Zahnersatz**? Nein

Festsitzend (Kronen/Brücken) seit _____ Jahren

Herausnehmbar (Prothesen) seit _____ Jahren

Wurde bei Ihnen eine künstliche Zahnwurzel (**Implantat**) gesetzt?

Nein Ja Wann? _____

Wurden bei Ihnen im Kieferbereich **Operationen** durchgeführt?

Nein Ja Wenn ja, warum? _____

Wurden Sie **aufgeklärt** über die Ursachen von Karies und Zahnfleischerkrankungen?

Nein Ja

Sind Sie daran interessiert, das Risiko von Karies und

Zahnfleischerkrankungen dauerhaft zu **verringern**?

Nein Ja

Hiermit erkläre ich, dass ich oben stehende Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und dabei keine für den Behandler und meine Behandlung wichtigen Informationen verschwiegen habe. Weiterhin bin ich hiermit darüber belehrt worden, dass die Praxis berechtigt ist, Ausfallrechnungen zu stellen, wenn vereinbarte Termine nicht mindestens 24 Std im Vorfeld abgesagt werden.

Datum

Unterschrift

Alle von Ihnen gemachten Angaben werden streng vertraulich behandelt und nur im Rahmen gesetzlich vorgeschriebener und zulässiger Prozesse in dafür erforderlichem Umfang verarbeitet. Eine weitergehende Verarbeitung erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung.