



DRES. SPRAKEL · ZAHNÄRZTE

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht. Mitgebrachte Röntgenaufnahmen bitten wir Sie am Empfang abzugeben.

Herzlichen Dank, Ihr Praxisteam

PATIENTENDATEN

Titel, Name, Vorname _____
Straße, Hausnummer _____
Postleitzahl, Ort _____
Geburtsdatum _____ E-Mail _____
Telefon (privat) _____ Telefon (mobil) _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____
Hausarzt _____ Ort _____

Versicherung Gesetzlich Privat Name _____
Mitglied (falls nicht selbst versichert) _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Leiden Sie unter Zahnschmerzen? Ja Nein
Blutet Ihr Zahnfleisch? Ja Nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Ja Nein
Wurde bei Ihnen bereits eine kiefer-
orthopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein
Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja Nein
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Haben Sie Allergien? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
Wenn ja, welche Woche/welcher Monat? _____
Rauchen Sie? Ja Nein
Schnarchen Sie? Ja Nein

BITTE WENDEN

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Infektionskrankheiten</i>	
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Rheuma/Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leber	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nieren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Creutzfeldt-Jakob/Varianten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Welche Medikamente nehmen Sie ein?</i>	
Herzfehler	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kortison	<input type="checkbox"/>
Endokarditis/-prophylaxe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Antidepressiva	<input type="checkbox"/>
Klappenersatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>
Diagnostizierte Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blutverdünnende Medikamente, z.B.	
Stent	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Marcumar® oder ASS®	<input type="checkbox"/>
Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein?</i>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	
Grüner Star	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	
Engwinkelglaukom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	
Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	
Tumorerkrankungen/Chemotherapie/Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	
Erkrankungen/Verletzungen/Operationen im		_____	
Hals-/ Nasen-/ Mund-/ Kiefer- und Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	

ANGABEN UNSERER KIEFERORTHOPÄDISCHEN PATIENTEN

Wird oder wurde am Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bestehen/bestanden Beschwerden des	
Wurde ein Schnuller benutzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kiefergelenks/der Kaumuskulatur oder	
Besteht eine Fehlfunktion der Zunge oder Lippe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	häufig Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wird gelegentlich an den Fingernägeln gekaut?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Liegt eine erschwerte Nasenatmung bzw.	
Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Mundatmung vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine rheumatische Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gibt oder gab es orthopädische Befunde?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

UNSER SERVICE FÜR SIE

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden? Wenn ja, auf welchem Wege?

Per Post Per E-Mail Ich wünsche keine Information

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.