

**Praxis für Zahnheilkunde
Isabella Zimmermann**

Herzog-Wilhelm-Straße 17 - 83278 Traunstein
Telefon: 0861 2099585 - Fax: 0861 2099485
praxis@diezahnfeen.de - www.diezahnfeen.de

Anmeldebogen mit Anamnese Ja

Datum: _____

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Tel. Privat: _____
Handynummer: _____
E-Mail Adresse: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Adresse: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter
des öffentlichen Dienstes?
pflichtversichert:

Herz/ Kreislauf:

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzschwäche
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- oder _____

Atemwege/ Lunge:

- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- Schnarchen Sie?
- Lungenemphysem
- Schlafapnoe
- oder _____

Gefäße:

- Schlaganfall
- Thrombosen
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- oder _____

Augen:

- Grüner Star / Grauer Star
- Blindheit
- starke Einschränkung der Sehkraft
- oder _____

Blut:

- Gerinnungsstörungen
 - auch bei Blutsverwandten
- Nachbluten nach Operationen
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- oder _____

Skelettsystem/ Knochen:

- Fibromyalgie
- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- künstliche Gelenke
- Muskelerkrankungen
- oder _____
- schmerzhafte Verspannungen im Nacken-/Schulterbereich
- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten oder Denosumab behandelt (Infusionen, Tabletten)?
Wegen welcher Erkrankung? _____

Leber:

- Fettleber
- Gallensteine
- Leberzirrhose
- Hepatitis A B C
- Gelbsucht
- oder _____

Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit
Diabetes mellitus Typ I oder Typ II
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- oder _____

Magen/ Darm:

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Geschwür
- oder _____

Allergien, z.B.:

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Jod
- Latex (z.B. Gummihandschuhe)
- Metalle
- oder _____
- Allergiepass vorhanden

Regelmäßige Medikamente:

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Rheumamittel
- Psychopharmaka
- "Antibabypille"
- Antidiabetika
- oder _____

[] ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, z.B. bei

- Spritzen, welche _____
- Medikamenten, welche _____
- Zahnfleischbluten
- Stellungsveränderungen der Zähne
- Zahnspange in der Vergangenheit
- häufig durch den Mund atmen
- Zahnverluste durch Karies
- Zahnverluste durch Zahnlockerung
- Mundgeruch
- wurzelbehandelte Zähne
- "Parodontose"-Behandlung durchgeführt
wann _____

Nerven/ Gemüt:

- Leiden Sie unter Migräne?
- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
- oder _____

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS, HIV
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Blutkrebs
- oder _____

Andere chronische Erkrankungen/ Behinderungen:

- Tumorerkrankungen _____
- Infektionen _____

[] ständige ärztliche Behandlung

weshalb _____

letzte zahnärztliche Untersuchung

wann _____

[] Antibiotika in den letzten 3 Monaten**Weitere Angaben:**

- Sind Sie schwanger?**
welche Schwangerschaftswoche? _____
- Rauchen Sie?**
wie viele durchschnittlich pro Tag? _____
- Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?
Vor wie viel Monaten/ Jahren? _____
- Trinken Sie gelegentlich Alkohol?
- Regelmäßig? Wie viel? _____

[] Gerinnungshemmende Medikamente

Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z.B.

- ASS
- Aspirin
- Marcumar
- oder _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? und was übernimmt diese?

Mein Hausarzt ist (Name, Adresse): _____

Was ist ihr besonderes Anliegen? _____

Wer hat uns empfohlen?

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand und ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24Std. im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____