

# Anmeldeformular



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Für eine adäquate und risikofreie Behandlung, ist es wichtig, neben Ihren persönlichen Daten auch Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu haben. Daher bitten wir Sie, das folgende Formular vollständig auszufüllen. Sollten Sie bei der Beantwortung Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.  
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

---

Name Vorname

---

Geburtstag

---

ggf. Gesetzlicher Vertreter

---

Anschrift

---

Telefonnummer(n) E-Mail

---

Beruf Arbeitgeber

---

Krankenversicherung (falls Sie privat Versichert/zusatzversichert sind)

---

Empfohlen von/auf uns aufmerksam geworden durch

| <b>Bitte ankreuzen:</b>                | <b>ja/nein</b>                                    |   | <b>ja/nein</b>                                    |
|--|---|---|---|
| Haben Sie...                           |   | Neigen Sie zum Schnarchen?              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Zahnfleischbluten?                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter schlechtem Atem?       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| öfter Kopf-/ Hals-/ Nackenbeschwerden? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Rauchen Sie?                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| öfter Ohrenscherzen?                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Knirschen Sie mit den Zähnen?          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Gefällt Ihnen Ihre Zahnstellung?        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

## Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?   wenn ja, wievielte Woche? \_\_\_\_\_  
Stillen Sie?

**Leiden Sie unter einer der nachstehenden Erkrankungen?** **ja/nein**

|  |   |                           |   |
|--|---|---------------------------|---|
| Blutgerinnungsstörung                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Rheuma                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung                                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Immunschwäche             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankung     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Asthma   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Augenerkrankung (Glaukom) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ohnmachtsneigung          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheit (HIV/AIDS, Hepatitis, TBC) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Osteoporose               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Blutdruck niedrig  normal  hoch

Herzerkrankung   wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Allergien   wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen   wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Medikamente:** **ja/nein**

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto)

Nehmen Sie Bisphosphonate?

Nehmen Sie z.Z. Medikamente?   wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?   wenn ja welche? \_\_\_\_\_

- Zur genaueren Berechnung der Lokalanästhesie möchten wir Sie bitten, Ihr Gewicht anzugeben.  
< 50 kg  50-70 kg  70-90 kg  90-120 kg  >120 kg  **ja/nein**
- Wünschen Sie eine regelmäßige Erinnerung an Ihre Routineuntersuchung?    
(Aufnahme in unser Recallsystem → notwendig für Ihr Bonusheft)

**Bitte beachten Sie:**

- Betäubungsmittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen! Eine örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Sie 1 Stunde nicht und 24 Stunden nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Planung Ihrer Behandlungstermine.
- Wir bemühen uns, Ihre Wartezeit so kurz wie möglich zu halten. Kleine Verschiebungen können jedoch – bedingt durch Notfälle – hin und wieder einmal vorkommen.
- Falls Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, stornieren Sie diesen bitte mindestens einen Tag vorher. Ansonsten behalten wir uns eine Berechnung von 50,00 € für die ausfallende Zeit vor.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung,  
Ihr Praxisteam!**