

# 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\*in

Anschrift

Telefonnummer(n)  E-Mail

Beruf  Arbeitgeber\*in

Krankenversicherung (falls Sie privat versichert/zusatzversichert sind)

Empfohlen von/auf uns aufmerksam geworden durch

Bitte ankreuzen, haben Sie...	ja/nein		ja/nein
Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Neigen Sie zum Schnarchen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
öfter Kopf-/ Hals-/ Nackenbeschwerden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter schlechtem Atem?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
öfter Ohrenschmerzen?	<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"/>

## Konsum von Genussmitteln:

Rauchen Sie? Wenn ja, Anzahl der Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_, seit wann rauchen Sie? \_\_\_\_\_

Konsumieren oder Konsumierten sie in der Vergangenheit Betäubungsmittel/Drogen?

Trinken Sie Alkohol            nein             gelegentlich             übermäßig             nicht mehr

## Für unsere Patientinnen:

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

- Bitte Rückseite beachten-

**Leiden Sie unter einer der nachstehenden Erkrankungen?**

	ja/nein		ja/nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<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"/>
Creutzfeld-Jakob	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MRSA-Keim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**ja/nein, wenn ja, welche?**

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall/ TIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen/Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

Welche **Operationen** wurden bereits durchgeführt und wann?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medikamente:**

	ja/nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Eliquis)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn ja, warum nehmen Sie diese _____	
Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bekommen Sie regelmäßige Infusionen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie weitere Medikamente regelmäßig ein?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____	
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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

**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.
- Falls Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, stornieren Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher telefonisch. Ansonsten behalten wir uns eine Berechnung von 50,00 € für die ausfallende Zeit vor.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. Gesetzlicher Vertreter)

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