

# Anmeldebogen

Herzlich willkommen! Schön, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben!

Um Sie möglichst fachgerecht behandeln zu können, benötigen wir vorweg einige Informationen von Ihnen. Neben Ihren persönlichen Daten sind für uns Ihre Angaben im zahnmedizinischen und allgemeinmedizinischen Fragebogen wichtig.

Bitte beantworten Sie besonders die Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand möglichst genau, damit für Sie eine komplikationslose Behandlung sichergestellt werden kann. Teilen Sie uns bitte jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit! Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt. Hoffentlich kommen Sie beim Ausfüllen der leider vielen Punkte nicht aus der Puste. Bei eventuellen Problemen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Mitarbeit!



Ihr Dr. Andreas Pflumm & Dr. Jochen Frank MSc. Msc.

## Datenschutzerklärung und allgemeine Hinweise

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben zu meinem Gesundheitszustand und willige in die Erhebung, Speicherung und Nutzung zum Zweck der Diagnostik, Behandlung und Nachsorge ein. Eine Behandlung kann aufgrund möglicher unkalkulierbarer Gesundheitsrisiken für Sie und/oder unser Personal bei Nichtangabe verweigert werden.
- Ich willige in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Kontaktdaten zum Zweck der Terminerinnerung und -koordination ein. Die Kontaktaufnahme erfolgt per Telefon, SMS, Fax oder E-Mail.
- Ich willige in die Erstellung, Speicherung und Nutzung von Fotos zum Zweck der Behandlungsplanung und Dokumentation ein.
- Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Zahnarzt meine erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten und mit dem überweisenden und/oder mitwirkenden Zahnarzt/Arzt oder dem zahntechnischen Labor sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten austauschen darf, soweit dies für die Diagnostik, Behandlung oder Nachsorge im Einzelfall erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die zahnmedizinischen Fachangestellten.

Um Ihnen möglichst kurze Wartezeiten zu ermöglichen, führen wir eine Bestellpraxis. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher freigegebene Behandlungszeiten werden daher in Rechnung gestellt.

Bitte beachten Sie, dass Sie unter Umständen nach einer zahnärztlichen Betäubung nicht mehr fahrtüchtig sein können.

Datum und Unterschrift

-----

# Persönliche Daten

(Herr/Frau/Kind)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

Ort

Telefon

Handy

Fax

e-mail

Krankenkasse

Geschäftsstelle

Mitglied

Geburtsdatum

Freiwillig versichert?

Zusatzversicherung  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Beihilfe  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Beruf

Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber

Telefon

## Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung bzw. Überweisung von:

Internet  Gelbe Seiten  Telefonbuch  Vortragsveranstaltung  Zeitung

# Zahnmedizinischer Fragebogen

Haben Sie ein akutes zahnmedizinisches Problem (Schmerzen, Probleme mit Zahnersatz, ...)?  ja  nein

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?

---

Was wurde gemacht?

---

Wurde eine Zahnregulierung (Spange) durchgeführt?  ja  nein

Haben Sie schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht?  ja  nein

Haben Sie besonders Angst vor Spritzen beim Zahnarzt?  ja  nein

Neigen Sie zu Kreislaufproblemen und Ohnmacht?  ja  nein

Leiden Sie an leicht auslösbaren Würgereizen?  ja  nein

Bleibt irgendwo Essen zwischen den Zähnen hängen?  ja  nein

Blutet Ihr Zahnfleisch beim kräftigen Zähneputzen?  ja  nein

Haben Sie Probleme mit Mundgeruch?  ja  nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?  ja  nein

Wurde bei Ihnen bereits eine Parodontose-Behandlung durchgeführt?  ja  nein

Benutzen Sie bereits Zahnseide oder spezielle Bürsten für die Zahnzwischenräume?  ja  nein

Zahnseide  Zwischenraumbürste  ab und zu  regelmäßig

Leiden Sie häufiger an Kopfschmerzen oder Schmerzen im Gesichtsbereich?  ja  nein

Wenn ja wann?  morgens  mittags  abends  \_\_\_\_\_

Knackt Ihr Kiefergelenk z.B. beim Kauen oder Gähnen?  ja  nein

Haben Sie Probleme beim Kauen harter Speisen?  ja  nein

Hatten Sie einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich?  ja  nein

Tragen Sie Schuheinlagen?  ja  nein

Wurden in diesem oder im Jahr zuvor zahnärztliche Röntgenaufnahmen hergestellt?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden?  ja  nein

Wünschen Sie sich eine hellere Zahnfarbe?  ja  nein

Fällt es Ihnen schwer, bei Fotos mit geöffnetem Mund zu lächeln?  ja  nein

## Wünschen Sie eine besondere Beratung über

Gesunderhaltungsprogramm für Zähne  Amalgamentfernung und Quecksilberausleitung

Hochwertigen Zahnersatz  Implantate

Zahnaufhellung  Sonstiges \_\_\_\_\_

Welche besonderen Wünsche bezüglich Ihrer zahnärztlichen Behandlung haben Sie?

---

# Allgemeinmedizinischer Fragebogen

Wann war Ihre letzte ärztliche Untersuchung?

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

ja  nein

Name und Anschrift Ihres Hausarztes bzw. Facharztes

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

Herz-/ Kreislaferkrankungen	Infektionskrankheiten
Bluthochdruck <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Lebererkrankung (Hepatitis, Gelbsucht) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Niedriger Blutdruck <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Tuberkulose <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzklappenfehler <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Aids (HIV) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzschrittmacher <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Herzoperation <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Andere Erkrankungen
Schlaganfall <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Diabetes(Zuckerkrankheit) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzinfarkt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Asthma <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Endokarditis <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Nasennebenhöhlenerkrankung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Allergien - Unverträglichkeiten	Blutgerinnungsstörung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Allergiepaß <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Antibiotika (z.B.Penicillin) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Rheuma <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Heuschnupfen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schilddrüsenerkrankung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schmerzmittel <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Osteoporose <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Metalle <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wirbelsäulen-, Nacken-, Rückenbeschwerden <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wundpflaster <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Augenerkrankung (grüner Star, Glaukom, ...) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lactose (Milchzucker) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Tumorerkrankung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zahnärztliche Betäubung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Neurologische Erkrankung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sonstige Unverträglichkeiten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Psychische Erkrankung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Sonstige Erkrankung \_\_\_\_\_

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig bzw. derzeit ein?

Frühere **Operationen**? Wenn ja, welche?

ja  nein

Nehmen Sie Marcumar-, Aspirin-, oder ASS-Einnahme zur Blutverdünnung?

ja  nein

Bekommen Sie Medikamente (z.B. Biphoshonate) zur Osteoporose- oder Tumorbehandlung?

ja  nein

Besteht eine Medikamenten-, Alkohol oder Drogenabhängigkeit?

ja  nein

**Rauchen Sie?**

ja  nein  aufgehört seit \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie viele Zigaretten (Zigarren, o. ä.) rauchen Sie täglich?

max. 10 Zig.  10-20 Zig.  mehr als 20 Zig.

Besteht eine Schwangerschaft?

ja \_\_\_\_\_ Monat  nein

Datum und Unterschrift