

Patientenanmeldung

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig. Wir wollen erreichen, dass Krankheiten frühzeitig erkannt werden und dass unsere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können. Selbstverständlich behandeln wir alle Auskünfte vertraulich!

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

Tel. privat: _____ Tel.: gesch.: _____ mobil: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____ Sind Sie Zusatzversichert? Ja Nein

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Allgemeine Anamnese:

1) Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? Ja Nein
(gegen Penicillin, Aspirin, Schmerzmittel etc.)

2) Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

3) Leiden Sie an Herz- und/oder Kreislaufbeschwerden? (Schmerzen im Brustbereich bei Belastung, Herzinfarkt, Herzrasen etc.) Ja Nein

4) Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung? Ja Nein

5) Haben Sie Diabetes (Blutzucker)? Benötigen Sie Insulin? Ja Nein

6) Haben Sie

- eine Schilddrüsenerkrankung?
- eine Lebererkrankung?
- eine Nierenerkrankung?
- z. Zt. eine Infektionskrankheit (Aids, Hepatitis)?
- eine Nervenkrankheit?
- Bronchial-Asthma?
- Andere Schwierigkeiten mit den Lungen oder Husten?
- Epilepsie (Anfallsleiden)?
- Hohen / niedrigen Blutdruck?



7) Hatten Sie Krebs, eine bösartige Erkrankung oder Leukämie? Ja Nein

Falls eine der o.g. Fragen mit Ja beantwortet wurde: Name und Anschrift Ihres Hausarztes (Allgemeinarzt oder Internist):

Name: _____

Anschrift: _____

8) Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-)medizinischen Eingriffen? Ja Nein

9) Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen? Ja Nein

10) Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche verordnete Medikamente? (Herzmedikamente, Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung wie Marcumar, gegen hohen Blutdruck, Aspirin oder andere Schmerzmittel, Allergiemittel, gegen Diabetes, Kortison, Penicillin, Antibiotika, gegen Schlaf- oder Angststörungen, Depressionen) Ja Nein

11) Sind Sie schwanger? Ja Nein

12) Neigen Sie
 zu Karies?
 zu Zahnstein?
 zu Zahnfleischbluten?
 zu Zahnverfärbung?

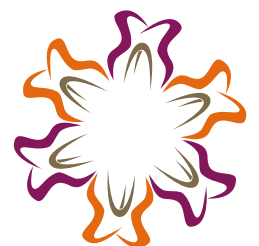
13) Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? Ja Nein

14) Möchten Sie unbedingt und bedenkenlos eine Betäubung? Ja Nein

15) Möchten Sie nach Bedarf und Absprache eine Betäubung? Ja Nein

16) Gibt es in Ihrer augenblicklichen Situation Ihres Lebens einen Bereich, den Sie mit Stress umschreiben würden (Beruf, Partnerschaft, Kinder, Gesundheit, Gericht o.ä.)? Ja Nein

17) Was ist der Grund Ihres Besuches?



Datum: _____ Unterschrift: _____

ZAHNARZTPRAXIS
BARBARA ENDL

MARKTPLATZ 7 • 94081 FÜRSTENZELL
08502/688 ZAHNARZTPRAXIS-ENDL.DE