



Zahnarztpraxis

Dr. Thomas Haack

WIR BEHANDELN UNSERE PATIENTEN SO, ALS OB WIR UNS SELBER BEHANDELN WÜRDEN.

Anmeldeformular

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihre Behandlung bestmöglich durchzuführen. Sollten Sie Fragen zu den einzelnen Punkten haben, helfen wir gern.

➤ **Persönliche Daten**

Nachname/ Vorname _____

Geb. am _____

Strasse/Nr. _____ Wohnort _____

E-Mail _____ Homepage _____

Tel. _____ Handy _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____ Tel. _____

Anschrift Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____

Private Zusatzversicherung _____

Hausarzt _____

Sie können gern an unserem Recall System teilnehmen, durch das Sie in regelmäßigen Abständen schriftlich an den nächsten Vorsorgetermin erinnert werden.

Ja

Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen? _____

➤ **Allgemeine Anamnese**

Bitte teilen Sie mir im Sprechzimmer wichtige Befunde mit: Hier können Sie mir, bereits einen kurzen Überblick vorab geben.

Bestehen folgende Erkrankungen / Beschwerden (nur ankreuzen bei „ja“!)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Kopf- / Nackenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> chron. Magen-Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler | Erkrankung an |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Leber |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Zucker | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> Glaukom / Grüner Star | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt? |
| <input type="checkbox"/> Migräne | |

Wann? _____

- Schilddrüsenerkrankung

Allergien _____

- Herzkreislauferkrankung / Blutdruck

- zu hoch
 zu niedrig

- Haben Sie ansteckende Erkrankungen oder solche durchgemacht: Hepatitis (Gelbsucht), HIV, Tuberkulose?

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (z.B. ASS)

Wenn ja welche? _____

- Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

Jahr/Monat _____

Bei Frauen: Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welche Woche heute: _____

- Nehmen Sie die Antibaby-Pille? Ja / Nein

Welche? _____

- Schnarchen Sie? Ja Nein

➤ **Zahnärztliche Anamnese**

Weshalb suchen Sie meine Praxis auf, was ist Ihr Hauptanliegen?

- | | | | | |
|---|-----------------------|----|-----------------------|------|
| Haben Sie einen Röntgenpass? | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung oder ein „unruhiges Gefühl“? | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| Möchten Sie grundsätzlich mit „Spritze“ behandelt werden? | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| Interessiert Sie unser Vorbeugeprogramm? | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| „Nie wieder Zahnfäule! | | | | |
| „Nie wieder Zahnfleischbluten!“ | | | | |

Danke für Ihre Angaben! Ein letztes noch:
Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben

Achim, _____

Unterschrift

Vielen Dank!