

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Dieser Anmeldebogen dient ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Patient	Versicherter (bei Familienversicherung)
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Straße:	Straße:
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
Telefon privat:	Telefon privat:
Telefon beruflich:	
Mobil:	
E-Mail:	
Beruf:	
Krankenkasse:	Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

Von wem wurde unsere Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau.

**Herz-/Kreislaufkrankungen:**

- Hoher Blutdruck  ja  nein
  - Niedriger Blutdruck  ja  nein
  - Angina pectoris  ja  nein
  - Herzinfarkt  ja  nein
  - Herzschwäche  ja  nein
  - Herzfehler  ja  nein
  - Herzmuskelentzündung  ja  nein
  - Herzklappenentzündung  ja  nein
  - Künstliche Herzklappe  ja  nein
  - Rhythmusstörungen  ja  nein
  - Herzschrittmacher  ja  nein
- oder \_\_\_\_\_

**Gefäße:**

- Schlaganfall  ja  nein
  - Thrombosen  ja  nein
  - Durchblutungsstörungen  ja  nein
  - Krampfadern  ja  nein
- oder \_\_\_\_\_

**Blut:**

- Gerinnungsstörungen  ja  nein
  - auch bei Blutsverwandten
  - Nachbluten nach Operationen  ja  nein
  - Häufiges Nasenbluten  ja  nein
  - blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung  ja  nein
- oder \_\_\_\_\_

**Leber:**

- Fettleber  ja  nein
- Leberzirrhose  ja  nein
- Hepatitis  A  B  C  andere
- Gelbsucht  ja  nein

**Atemwege/Lunge:**

- chronische Bronchitis  ja  nein
  - Lungenentzündung  ja  nein
  - Tuberkulose  ja  nein
  - Asthma  ja  nein
  - Lungenemphysem  ja  nein
  - Schlafapnoe  ja  nein
  - Schnarchen Sie?  ja  nein
- oder \_\_\_\_\_

**Augen:**

- Grüner Star  ja  nein
  - Grauer Star  ja  nein
  - starke Einschränkung der Sehkraft  ja  nein
  - Blindheit  ja  nein
- oder \_\_\_\_\_

**Skelettsystem/Knochen:**

- Osteoporose  ja  nein
  - Gelenkerkrankungen  ja  nein
  - künstliche Gelenke  ja  nein
  - Muskelerkrankungen  ja  nein
  - Fibromyalgie  ja  nein
- oder \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel:**

- Zuckerkrankheit  ja  nein
  - Diabetes mellitus Typ I
  - Diabetes mellitus Typ II
  - Schilddrüsenfunktionsstörung  ja  nein
- oder \_\_\_\_\_

**Nerven/Gemüt:**

- Krampfanfälle (Epilepsie)  ja  nein
  - Lähmungen  ja  nein
  - Depressionen  ja  nein
  - Angstzustände  ja  nein
- oder \_\_\_\_\_

**Nieren:**

Nierensteine  ja  nein  
 Nierenentzündung  ja  nein  
 Dialysepflichtig  ja  nein  
 oder \_\_\_\_\_

**Magen/Darm:**

Verdauungsstörungen  ja  nein  
 Sodbrennen  ja  nein  
 Refluxkrankheit  ja  nein  
 Geschwür  ja  nein  
 oder \_\_\_\_\_

**Sonstiges:**

Tumorerkrankung  ja  nein  
 Organtransplantiert  ja  nein  
 Stammzellentransplantation  ja  nein  
 Drogenabhängigkeit  ja  nein  
 HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein  
 oder \_\_\_\_\_

**Regelmäßige Medikamente/Spritzen:**

Blutdruckmedikamente  ja  nein  
 Herzmedikamente  ja  nein  
 Schmerzmittel  ja  nein  
 Rheumamittel  ja  nein  
 Psychopharmaka  ja  nein  
 Antidiabetika  ja  nein  
 Antibiotika in den letzten 3 Monaten  ja  nein  
 Welche ?

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft  ja  nein  
 Wenn ja in welchem Monat? \_\_\_\_\_ Monat

Waren Sie vor kurzem oder sind Sie zurzeit noch in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja: welche Fachrichtung(en)? \_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnschmerzen?

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?

Welche zahnmedizinischen Probleme liegen vor, bzw. welche Erkrankungen befürchten Sie?

Karies  Probleme mit der vorhandenen Versorgung  Zahnfleischprobleme  
 Verletzungen  Kiefergelenksprobleme /gestörte Kaufunktion  Aussehen der Zähne

Weshalb suchen Sie uns auf? Was ist Ihr Hauptanliegen? \_\_\_\_\_

**Auffälligkeiten im Mund-/Zahn-Bereich:**

temperaturempfindliche Zähne  ja  nein  
 Zahnfleischbluten  ja  nein  
 Stellungsveränderungen der Zähne  ja  nein  
 Zahnspange in der Vergangenheit  ja  nein  
 häufig durch den Mund atmen  ja  nein  
 Zahnverluste durch Karies  ja  nein

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

Heuschnupfen, Nahrungsmittel  ja  nein  
 Antibiotika  ja  nein  
 Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein  
 Schmerzmittel  ja  nein  
 Jod  ja  nein  
 Latex (z.B. in Gummihandschuhen)  ja  nein  
 Metalle  ja  nein  
 zahnärztl. verwendete Kunststoffe  ja  nein  
 Komposite)  ja  nein  
 oder \_\_\_\_\_  
 Allergiepass vorhanden?  ja  nein

Bisphosphonate  ja  nein  
 Krebsmedikamente  ja  nein  
 medik. Chemotherapie  ja  nein  
 Strahlentherapie bei Krebserkrankung?  ja  nein  
 hochdosierte Steroide/Immunsuppressiva?  ja  nein  
 „Antibabypille“  ja  nein

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?  ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

Zahnverluste durch Zahnlockerung  ja  nein  
 oder \_\_\_\_\_  
 Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung/  
 Zahnfleischbeschwerden  ja  nein  
 welche Behandlung \_\_\_\_\_  
 „Paradontose“-Behandlung durchgeführt  ja  nein  
 wann \_\_\_\_\_

### Zahnarztbesuch / Frühere Behandlungen

- Wurden im letzten Jahr neue Füllungen / Inlays / Kronen gemacht?  ja  nein
- Wurden im letzten Jahr zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht?  ja  nein
- Welche Behandlungen standen bisher im Vordergrund? \_\_\_\_\_

### Funktion

- Besteht eine Neigung zum Knirschen oder Pressen mit den Zähnen?  ja  nein
- Liegen Angewohnheiten vor, wie z.B. Zungenpressen oder Wangenbeißen?  ja  nein
- Ist Ihre Kaumuskulatur oft verspannt?  ja  nein
- Ist die Unterkieferbewegung schmerzhaft oder eingeschränkt?  ja  nein

### Mundhygiene

- Welche Ziele haben Sie sich für Ihre Mundgesundheit gesetzt? \_\_\_\_\_
- Ist Ihnen schon einmal ausführlich gezeigt worden, wie Sie individuelle Zahnpflege betreiben sollen?  ja  nein
- Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen?  ja  nein
- Wenn wir Ihnen zeigen, wie Sie Ihre Zähne am besten pflegen sollten, wären Sie bereit diese Anleitung im Interesse Ihrer Zahngesundheit möglichst genau zu befolgen?  ja  nein
- Wie oft reinigen Sie Ihre Zähne täglich?  weniger als 1x  1-2x  \_\_x
- Wie lange dauert der längste Putzvorgang?  weniger als 1 Minute  1-2 Minuten  \_\_ Minuten
- Spülen Sie nach dem Zähneputzen Ihren Mund nur mit Wasser?  ja immer  selten  nie
- Welche Zahnbürste verwenden Sie?  manuell (Hand)  elektrisch  Schall
- Welche Bürstenbewegungen bevorzugen Sie?  eher schrubbend  kreisend
- Blutet es beim Zähneputzen?  ja immer  selten  nie
- Besteht Mundgeruch?  ja immer  selten  nie
- Reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?  ja täglich  gelegentlich  nie  
Wenn ja, womit? \_\_\_\_\_
- Verwenden Sie sonstige Mundhygieneartikel? Welche? \_\_\_\_\_
- Bestehen überempfindliche Zahnhälse?  ja  nein

### Rauchen

- Rauchen Sie regelmässig?  ja  nein  
Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_
- Haben Sie früher geraucht?  ja  nein

### Alkohol

- Trinken Sie regelmässig?  ja  nein  
Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

## Anamnese der Zahnarztpraxis Katrin Brache

**Alle Hinweise auf Vor- und Begleiterkrankungen unterliegen der strikten Schweigepflicht des Zahnarztes und seiner Mitarbeiter.**

**Bitte weisen Sie, wenn Sie organtransplantiert oder HIV-Positiv sind oder zu einer dieser Risikogruppen gehören, den Zahnarzt darauf hin.**

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

die Behandlung durch Ihren Zahnarzt bedarf Ihrer Einwilligung. Dazu müssen Sie wissen, welche Behandlungsmaßnahmen der Zahnarzt aufgrund seiner Untersuchung plant und welche anderen Behandlungsmaßnahmen in Betracht kämen. Bitte fragen Sie Ihren Zahnarzt, wenn Sie eine nähere Aufklärung wünschen.

### **Mögliche – sehr seltene – Komplikationen:**

Die folgenden Hinweise beziehen sich auf alltägliche Behandlungsmaßnahmen, über spezielle, operative Maßnahmen werden Sie gesondert aufgeklärt.

Trotz aller Sorgfalt durch den Zahnarzt kann es zu Komplikationen kommen.

Die Wichtigsten werden nachstehend aufgeführt:

Schmerzhafte Behandlungen werden meist in örtlicher Betäubung durchgeführt.

In seltenen Fällen kann durch die Einspritzung ein Nerv geschädigt werden.

Die dadurch länger andauernde Gefühlslosigkeit im betäubten Bereich bildet sich in der Regel zurück.

Selten sind schwerwiegende Unverträglichkeits- und Überempfindlichkeitsreaktion auf das Betäubungsmittel im Bereich von Herz und Kreislauf.

Die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr ist nach einer Betäubung beeinträchtigt.

Sie sollten im Anschluss einer Behandlung nicht am Straßenverkehr teilnehmen, für mindestens 2-3 Stunden.

Nachblutungen kommen durch örtliche Behandlungsmaßnahmen meist schnell zum Stehen.

Komplikationen können sich jedoch bei Blutgerinnungsstörungen ergeben.

### **Datenschutzbelehrung der Zahnarztpraxis Katrin Brache:**

Die Zahnarztpraxis darf personenbezogene Daten von Ihnen in der Praxis erheben, verarbeiten, nutzen und weiterleiten. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich bereit, dass wir Ihre Daten, wenn es durch den Behandlungsfall notwendig ist, z.B. an das Zahnlabor, die Kieferchirurgie, das Krankenhaus, die Krankenkasse oder an einen Gutachter weitergeben dürfen.

Die personenbezogenen Daten werden fristgerecht aufbewahrt und vernichtet.  
(Art. 7, Abs. 3, Satz 2, DSGVO)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten/Versicherten

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, es uns **48 Stunden** vorher mitzuteilen.