

**Patientenanmeldung**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße, Nummer: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Tel.gesch.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Mitglied, falls familienversichert : \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Sind Sie zusatzversichert?  Ja ,bei \_\_\_\_\_  Nein

Wann war der Letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese**

1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt (z.B. gegen Penicillin, Schmerzmittel etc.)  Ja  Nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

2. Leiden Sie an Herz- und / oder Kreislaufbeschwerden  Ja  Nein  
Herzinfarkt?  Ja  Nein  
Herzschrittmacher?  Ja  Nein  
Hoher Blutdruck?  Ja  Nein  
Niedriger Blutdruck  Ja  Nein

3. Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung  Ja  Nein

4. Haben Sie Diabetes (Blutzucker)? Benötigen Sie Insulin?  Ja  Nein

5. Hatten/Haben Sie  Ja  Nein  
eine Schilddrüsenerkrankung?  Ja  Nein  
eine Lebererkrankung?  Ja  Nein  
eine Nierenerkrankung?  Ja  Nein  
eine Infektionskrankheit (Aids, Hepatitis)  Ja  Nein  
Asthma oder andere Atemwegserkrankungen?  Ja  Nein  
Epilepsie (Anfallsleiden)?  Ja  Nein

6. Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? \_\_\_\_\_

8. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

**Hausarzt** \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_