



ZAHNÄRZTE AM ROSENBERG

ANMELDEBOGEN | ANAMNESE

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil* _____

Fax _____ E-Mail* _____

Beruf* _____ Arbeitgeber* _____ Tel. beruflich* _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ☐ ja ☐ nein

Zusatzversicherung* ☐ ja ☐ nein

privat versichert ☐ ja ☐ nein

beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein

Basistarif ☐ ja ☐ nein

WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

WER IST IHR HAUSARZT?

Name _____ Ort _____

IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ von Bekannten / Familie empfohlen ☐ Telefon- / Branchenbuch ☐ Zeitungsanzeige

☐ Überweisung / Empfehlung von _____

☐ Internet, über die Seite _____ ☐ Sonstiges _____

WIE KÖNNEN WIR IHNEN HELFEN?

Haben Sie Zahnschmerzen? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Zahnfleischbluten? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? ☐ ja ☐ nein

Knirschen / pressen Sie mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein

Ist Ihr Zahn / Zahnersatz (ab-)gebrochen? ☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie eine Routinekontrolle? ☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie eine „zweite Meinung“? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne unzufrieden? ☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie einen neuen Zahnersatz? ☐ ja ☐ nein

Sonstiges _____

* freiwillige Angaben

BITTE WENDEN →



ZAHNÄRZTE AM ROSENBERG

ANMELDEBOGEN | ANAMNESE

LEIDEN ODER LITTEN SIE AN ERKRANKUNGEN DER / DES ...

Kreislaufs?	☐ ja	☐ nein
Leber?	☐ ja	☐ nein
Nieren?	☐ ja	☐ nein
Schilddrüse?	☐ ja	☐ nein
Magen-Darm-Traktes?	☐ ja	☐ nein
Gelenke (Rheuma)?	☐ ja	☐ nein
Wirbelsäule?	☐ ja	☐ nein

HABEN ODER HATTEN SIE ...

Kopf- / Nackenschmerzen?	☐ ja	☐ nein	
hohen Blutdruck?	☐ ja	☐ nein	
Diabetes?	☐ ja	☐ nein	
Tinnitus?	☐ ja	☐ nein	
Osteoporose?	☐ ja	☐ nein	
Epilepsie?	☐ ja	☐ nein	
Grünen Star?	☐ ja	☐ nein	
Tuberkulose?	☐ ja	☐ nein	
HIV (Aids)?	☐ ja	☐ nein	
Hepatitis?	☐ ja	☐ nein	
Wenn ja, welcher Typ?	☐ A	☐ B	☐ C
Allergien?	☐ ja	☐ nein	
Wenn ja, wogegen? _____			
eine Gelenkprothese (z. B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)?	☐ ja	☐ nein	
Wenn ja, wo genau? _____			
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	☐ ja	☐ nein	
Rauchen Sie?	☐ ja	☐ nein	

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie bzw. haben Sie Medikamente gegen Osteoporose genommen?	☐ ja	☐ nein
Nehmen Sie sonstige Medikamente?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, welche?		

SIE SIND UNS WICHTIG – WAS SOLLEN WIR BEI IHRER BEHANDLUNG BESONDERS BERÜCKSICHTIGEN?

Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Behandlungen / Eingriffen?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie einen starken Würgereiz?	☐ ja	☐ nein
Fällt Ihnen Treppensteigen schwer und wünschen Sie eine Behandlung im Erdgeschoss?	☐ ja	☐ nein

FÜR UNSERE PATIENTINNEN

Sind Sie schwanger?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, in welcher Woche?		

WAS HABEN SIE BISHER BEIM ZAHNARZTBESUCH VERMISST?

WÜNSCHEN SIE EINE BESONDERE BERATUNG ZU ...

professioneller Zahnreinigung / Prophylaxe?	☐ ja	☐ nein
Amalgamentfernung?	☐ ja	☐ nein
Quecksilberausleitung?	☐ ja	☐ nein
zahnfarbene Keramikrestauration	☐ ja	☐ nein
metallfreien biokompatiblen Zahnersatz?	☐ ja	☐ nein
Zahnaufhellung / Bleaching?	☐ ja	☐ nein
Zahnfleischbehandlung?	☐ ja	☐ nein
Kiefergelenksbehandlung?	☐ ja	☐ nein
Implantaten?	☐ ja	☐ nein
Behandlung von Angstpatienten?	☐ ja	☐ nein
Sonstiges		

MEINE GESUNDHEIT IST MIR WICHTIG!

Ich möchte weitere Schäden an Zähnen und Zahnhalteapparat vermeiden und wünsche daher eine Teilnahme am automatischen Recall-System der Praxis. Dadurch werde ich in regelmäßigen Zeitabständen an die für mich sinnvollen Kontroll- und Zahnreinigungstermine erinnert.

☐ ja ☐ nein ☐ per Post ☐ per E-Mail ☐ telefonisch

BITTE BEACHTEN SIE

Nach einer Anästhesie kann die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt sein.

Falls sich während der Behandlung Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihres Versicherungsstatus ergeben, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass ☐ ja ☐ nein meine Patientendaten aus der Praxis Dr. Rainer Sauter in der Nachfolgepraxis (Zahnärzte am Rosenberg, Dres. Spaic & Hopfensitz) weiter zum Zwecke meiner Therapie verwendet werden.

Fest reservierte Termine, die nicht eingehalten werden, müssen 24 Stunden vorher abgesagt werden, da sonst eventuell eine Ausfallgebühr berechnet wird.

Ich bin einverstanden, vor längeren ☐ ja ☐ nein Terminen an diese erinnert zu werden.

Die Datenschutzerklärung (s. Anhang) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift