

# Anmeldefragebogen



Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Praxisschild       Empfehlung       Internet/Webseite: \_\_\_\_\_

Was führt Sie zu uns, was ist Ihr Hauptanliegen?: \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in Behandlung? Zahnarzt:  Nein       Ja, weil \_\_\_\_\_

Arzt:  Nein       Ja, weil \_\_\_\_\_

Haben Sie zurzeit eine Infektionskrankheit? -  
Wenn ja, bitte melden Sie sich umgehend beim Praxispersonal, danke!

Haben Sie häufig Schmerzen oder Beschwerden in folgenden Bereichen?

Zähne                       Zahnfleisch                       Nebenhöhlen  
 Kopf                       Nacken                       Rücken

Erlitten Sie schon einmal einen Unfall oder Schlag im Kopf-, Hals-, Gesichts- oder Mundbereich?

Nein       Ja, wann? Unfallart \_\_\_\_\_

Wurden Sie im Zahn-, Mund und Kieferbereich schon mal operiert?

Nein       Ja, wann? Operation \_\_\_\_\_

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?

Nein       Ja, z.B.  Ohnmacht  Atemnot  starke Blutung  \_\_\_\_\_

Rauchen Sie zurzeit oder haben Sie früher geraucht?

Nein, nie       Ja, wie viele am Tag? \_\_\_\_\_       Nichtraucher seit: \_\_\_\_\_

Haben Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) Probleme mit dem Zahnfleisch oder viel Karies?

Nein, nicht bekannt       Ja, meine \_\_\_\_\_

Sind Sie mit der äußeren Erscheinung Ihrer Zähne zufrieden?

Ja       Nein       Ich leide unter Mundgeruch/schlechtem Geschmack



\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

- |   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Hatten Sie in letzter Zeit Schmerzen im Brustbereich?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Haben Sie einen Herzpass, Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Haben Sie eine <input type="checkbox"/> Herzschwäche oder <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen?                        | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Haben Sie hohen Blutdruck?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. Haben Sie nach einer blutigen Verletzung Probleme, die Blutung zum Stillstand zu bekommen?                                       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 8. Hatten Sie jemals einen Schlaganfall?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 9. Haben Sie Epilepsie (Anfallsleiden)?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 10. Haben Sie <input type="checkbox"/> Bronchial-Asthma oder <input type="checkbox"/> eine Lungenerkrankung?                        | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 11. Haben Sie Schwierigkeiten, Luft zu holen oder anhaltenden Husten?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 12. Hatten Sie eine <input type="checkbox"/> Coronakrankheit oder noch <input type="checkbox"/> Long Covid Symptome?                | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 13. Sind Sie vollständig gegen Corona geimpft?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 14. Hatten Sie je allergische Reaktion gegen Penicillin, Aspirin, Pflaster oder anderes?<br>_____                                   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 15. Haben Sie Diabetes (Blutzucker) ? Ihr <i>HbA1c</i> -Wert _____  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 16. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 17. Haben Sie ein Leberleiden, z.B. Hepatitis?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 18. Haben Sie eine Nierenerkrankung?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 19. Haben Sie <input type="checkbox"/> Rheuma, <input type="checkbox"/> Arthrose oder <input type="checkbox"/> Gelenkserkrankungen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 20. Hatten Sie jemals Krebs, eine bösartige Erkrankung (Tumor), Leukämie?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 21. Hatten Sie jemals eine Chemotherapie oder Bestrahlung?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 22. Haben Sie ein Organtransplantat?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 23. Haben Sie eine chronische Infektionserkrankung? _____   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 24. Sind in Ihrer Familie Erberkrankungen bekannt? _____  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 25. Haben Sie Erkrankungen, die hier noch nicht erfragt wurden?<br>_____  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 26. Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 27. Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente ein?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

**Wenn ja,**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente  | <input type="checkbox"/> Medikamente gegen Krebs- oder Blutkrankheiten   |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruckmittel  | <input type="checkbox"/> Medikamente gegen rheumatische Erkrankungen   |
| <input type="checkbox"/> Allergiemittel, Kortison oder Bronchialspray   | <input type="checkbox"/> Hormonpräparate   |
| <input type="checkbox"/> Insulin, Blutzuckertabletten   | <input type="checkbox"/> Haben Sie jemals Drogen konsumiert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Penizillin oder anderes Antibiotikum   |  |
| <input type="checkbox"/> Medikamente gegen Transplantatabstoßung  |  |
| <input type="checkbox"/> Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Marcumar, Heparin, ASS)  |  |
| <input type="checkbox"/> Aspirin oder andere Schmerzmittel, weil _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Medikamente gegen <input type="checkbox"/> Depressionen, <input type="checkbox"/> Angst- oder <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente (z.B. Magen, Cholesterin, Haut, etc.): _____  |  |

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

nach jeder Behandlung, die unter lokaler Betäubung (Spritze) durchgeführt wird, ist Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt. Das Führen eines Kraftfahrzeuges oder die Bedienung von Maschinen sollte vermieden werden. Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift Ihre Angaben, sowie alles gelesen und verstanden zu haben



Datum

Unterschrift