



# Anmeldebogen

Patient
Name
Vorname
Geb.-Datum
Geb.-Ort
Straße
PLZ / Ort
Tel.
Tel. Gesch.
Mobil
E-Mail

Versicherter
Nur ausfüllen, wenn Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind.
Name
Vorname
Geb.-Datum
Geb.-Ort
Straße
PLZ / Ort
Tel.
Tel. Gesch.
Mobil
E-Mail

Gesetzl. Krankenkasse	Zusatzversicherung
Private Krankenkasse	Beihilfe <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/>

Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen.	Ja	Nein	Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen.	Ja	Nein
<b>Allgemeinmedizin</b>					
Hausarzt			Allergien		
Blutdruck hoch			Welche?		
Blutdruck niedrig			Osteoporose		
Herzerkrankung			Tumorerkrankung		
Welche?			Welche?		
Herzschriltmacher			Besteht eine Schwangerschaft?		
Endokarditisprophylaxe			Medikamente		
Blutgerinnungsstörung (Blutverdünner)			Welche?		
Diabetes			Nehmen/haben sie Bisphosphonate eingenommen?		
Lungenerkrankung (Asthma)			Sonstige Krankheiten?		
Schilddrüsenerkrankung			Welche?		
Nierenerkrankung?					
Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV)					
Welche?					
<b>Zahnmedizin</b>					
Was ist Ihr Hauptanliegen?					
Wurden Sie weiterempfohlen?					
Von wem?					
Gab es bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme?					
Welche?					
Sind in den letzten sechs Monaten Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen gemacht worden?					

Spezielle Anamnese				
<b>1. Mundhygiene</b>				
Wie oft putzen Sie Ihre Zähne täglich?		weniger als 1-mal	1 bis 2-mal	-mal
Wie lange putzen Sie Ihre Zähne?		weniger als 1 Min.	1 bis 2 Min.	Min.
Mit welcher Zahnbürste putzen Sie?		Manuell (Hand)	Elektrisch	Schall
Mit welcher Technik putzen Sie?		eher schrubkend	eher kreisend	Sonst.
Haben Sie Zahnfleischbluten?		immer	selten	nie
Haben Sie Mundgeruch?		immer	selten	nie
Wie oft reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?		täglich	gelegentlich	nie
Womit reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?				
Welche Hilfsmittel verwenden Sie?				
<b>2. Fluoridangebot</b>				
Wie heißt Ihre Zahnpasta?				
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz		Ja	Nein	
<b>3. Ernährung</b>				
Wie oft am Tag essen Sie zuckerhaltige Produkte?		2- bis 5-mal	über 5-mal	
Wie häufig trinken Sie über den Tag verteilt zuckerhaltige Getränke?		2- bis 5-mal	über 5-mal	
Haben Sie überempfindliche Zahnhälse?		Ja	Nein	
<b>4. Rauchen</b>				
Rauchen Sie?		Ja	Nein	
Haben Sie geraucht?		Ja	Nein	
<b>5. Funktion</b>				
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?		Ja	Nein	
Haben Sie sonstige Angewohnheiten?		Ja	Nein	
Wie z. B. Zungenbeißen, Zungenpressen, Wangenbeißen oder Wangensaugen?				

Bitte ankreuzen.	Ja	Nein
Ich entbinde Dr. Scheller von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung steht. Dies betrifft Konsil mit anderen Ärzten, Labor (bei Zahnersatz), Krankenkassen.		
Soweit es der Informationsbedarf der Erstattungsstelle eine Datenübermittlung im Sinne des § 3 Abs. 4 Nr. 3 des Bundesdatenschutzgesetzes bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser einverstanden.		
Ich bin damit einverstanden, dass zur Dokumentation der Behandlung Fotoaufnahmen gemacht werden dürfen.		
<b>Datenschutz:</b> Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Mit der Speicherung dieser Daten bin ich einverstanden.		

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. **Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher,** Ihre Verhinderung anzuzeigen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls müssen wir Ihnen ggf. ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen.

Um Ihnen die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir unseren sog. Recall-Service an. Sie werden von uns halbjährlich angerufen, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Sollten Sie keine Teilnahme an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche keine Teilnahme an dem Recall-Service:

Datum	Unterschrift Patient
-------	----------------------