



PRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN
Dr. Linda Seitter-Fink



Anmeldebogen für Patienten

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Beruf

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

Email

Name der Krankenkasse/Versicherung

- ☐ Ich bin PKV-Standardtarif versichert
☐ Ich bin beihilfeberechtigt
☐ Ich habe eine Zusatzversicherung

Hausarzt (Name, Adresse)

Wie oder durch wen wurden Sie auf die Praxis aufmerksam?

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Beruf

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

☐ ja ☐ nein

Herzklappenerkrankung /-defekt

☐ ja ☐ nein

Angina pectoris / Schlaganfall

☐ ja ☐ nein

Herzinfarkt

☐ ja ☐ nein

Schlaganfall

☐ ja ☐ nein

Niedriger Blutdruck

☐ ja ☐ nein

Herzinsuffizienz

☐ ja ☐ nein

Herzschrittmacher

☐ ja ☐ nein

Stent/Bypass OP

☐ ja ☐ nein

Infektionserkrankungen

HIV

☐ ja ☐ nein

andere:

Allergien/Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika

☐ ja ☐ nein

Antibiotika

☐ ja ☐ nein

andere:

Schmerzmittel

☐ ja ☐ nein

Allergie-Pass vorhanden?

☐ ja ☐ nein

Bitte Rückseite beachten

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen	☐ ja ☐ nein	Atemwegserkrankungen / Asthma	☐ ja ☐ nein
Erhöhter Augendruck / grüner Star	☐ ja ☐ nein	Epilepsie	☐ ja ☐ nein
Diabetes	☐ ja ☐ nein	Nierenfunktionsstörungen	☐ ja ☐ nein
Tumorerkrankungen	☐ ja ☐ nein	Osteoporose	☐ ja ☐ nein
Demenz / Alzheimer	☐ ja ☐ nein	Autoimmunerkrankung (z.B. Morbus Crohn, Rheuma, Sarkoidose)	☐ ja ☐ nein
andere:		Knie-/Hüft-/Gelenkersatz	☐ ja ☐ nein
		Frühere OPs	☐ ja ☐ nein

Allgemeine Angaben

Raucher	☐ ja ☐ nein	Wenn ja, ☐ 0-10 ☐ Mehr als 10
Regelmäßige Medikamente	☐ ja ☐ nein	Wenn ja, seit wann / Name:
Haben Sie einen Medikamentenplan?	☐ ja ☐ nein	Wenn ja, bitte an der Rezeption abgeben.
Pflegestufe	☐ ja ☐ nein	Wenn ja, welche?
Schwangerschaft	☐ ja ☐ nein	Wenn ja, welcher Monat?
Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?		
Wünschen Sie eine E-Mail-Terminerinnerung?	☐ ja ☐ nein	

Was führt Sie heute zu uns?

Haben Sie Geräusche / Schmerzen im Kiefergelenk?	☐ ja ☐ nein
Unzufriedenheit mit bestehendem Zahnersatz bezüglich Ästhetik und Kaufähigkeit?	☐ ja ☐ nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?	☐ ja ☐ nein
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben lang für erstrebenswert?	☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie eine gezielte Beratung?

Professionelle Zahnreinigung	☐ ja ☐ nein	Bleaching / Zahnaufhellung	☐ ja ☐ nein
Implantate	☐ ja ☐ nein	Amalgamaustausch und Alternativen	☐ ja ☐ nein
andere:			

Aufklärung über Betäubungsmaßnahmen/Anästhesie

Eine zahnärztliche Behandlungsmaßnahme kann unter Lokalanästhesie (örtlicher Betäubung) durchgeführt werden. Die Wirkung dieser Lokalanästhesie lässt i.d.R. spätestens nach einigen Stunden nach. Allerdings kann es aufgrund besonderer anatomischer Gegebenheiten im Unterkiefer zu einer Beeinträchtigung des Nerven kommen (in Form von meist vorübergehender Taubheit, Gefühlsstörungen oder Missempfindungen in der Unterlippe, der Zunge oder des Auges). Diese Komplikationen treten sehr selten auf. Wir sind jedoch rechtlich dazu verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen. Weiterhin müssen wir sie darauf hinweisen, dass im Zusammenhang mit Alkohol oder Medikamenten, wie z.B. Schmerzmitteln die Teilnahme am Straßenverkehr und das Bedienen von Maschinen beeinträchtigt sein können. Ich habe diese Hinweise zur Kenntnis genommen und bin im Falle einer möglicherweise schmerzhaften Behandlung ausdrücklich mit der Durchführung einer entsprechenden Lokalanästhesie einverstanden.

☐ ja ☐ nein

Wichtige Informationen

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens **48 Stunden** im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten