

## Patientendaten

\_\_\_\_\_  
Vorname/Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße + Hausnummer/Postleitzahl/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon oder Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

### Versichertendaten (Sofern diese von den Patientendaten abweichen)

\_\_\_\_\_  
Vorname/Name (Zahlungspflichtiger)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße + Hausnummer/Postleitzahl/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon oder Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse/Versicherung

gesetzlich      Haben Sie eine Zusatzversicherung?       Ja       Nein

privat      Sind Sie Beihilfe berechtigt?       Ja       Nein

\_\_\_\_\_  
Gerne würden wir wissen, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind:

Internet     persönliche Empfehlung     Tageszeitung/Zeitschriften     Sonstiges \_\_\_\_\_

# Anamnese

Vorname/Name

	Ja	Nein	
Befinden Sie sich in ärztlicher oder fachärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, in welcher Praxis?
Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kopf-, Kiefer-, Zahnbereich angefertigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
Sind Ihnen Geräusche, wie ein Knacken im Kiefergelenk, je bewusst aufgefallen (z. B. beim Gähnen, Kauen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontitisbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche (ASS, Marcumar, Plavix, Clopidogrel, Xarelto, etc.)? Wenn möglich, nennen Sie Ihren Quick-Wert oder INR.
Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt (Infusion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche (z. B. Zometa, Pamifos, Aredia, Aclasta, etc.)?
Haben Sie Herzerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? Wurden Sie am Herz operiert?
Haben Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
Werden Sie aufgrund von Osteoporose behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an Tumorerkrankungen (Krebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Tumor?
Haben Sie Anfälle/Krämpfe (z. B. Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt eine Blutungsneigung vor (Hämophilie/Bluterkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine Augenerkrankung (Engwinkelglaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, Typ 1 oder Typ 2?
Bekommen Sie eine Dialyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie unter Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche (Hepatitis A/B/C, HIV+, Tuberkulose)?
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist eine Schwangerschaft bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Monat?

Sonstiges

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)