

# ANMELDEBOGEN



ACHIM ULRICH  
ZAHNMEDIZIN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Praxis ACHIM ULRICH ZAHNMEDIZIN, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

|  |  |
|--|--|
| Name   Vorname   | Titel  |
| Straße   Hausnummer  | Geburtsdatum   Geburtsort  |
| Postleitzahl   Ort   | Telefon (privat)   |
| E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.                              | Telefon (mobil) *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen. |
| Hausarzt *Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu. |  |

## KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Gesetzlich versichert  Freiwillig  Pflicht  Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?  Ja  Nein  
Privat versichert  Basistarif  Standardtarif  Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?  Ja  Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichert?

|                     |                    |                  |
|---------------------|--------------------|------------------|
| Name   Vorname      | Geburtsdatum       |                  |
| Straße   Hausnummer | Postleitzahl   Ort | Telefon (privat) |

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien Wenn ja, welche? _____             | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass? |  |   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                                       | <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt           | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe             |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                            | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck               | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck   | <input type="checkbox"/> Herzfehler   Künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen   Tinnitus                       | <input type="checkbox"/> Epilepsie                     | <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom) | <input type="checkbox"/> Leber                              |
| <input type="checkbox"/> Nieren                                       | <input type="checkbox"/> Schilddrüse                   | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt      | <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma)                   |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                                  | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung               | <input type="checkbox"/> Immunsuppression      | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                       |
| <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen   |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Andere nicht aufgeführte Erkrankungen? _____ |  |  |   |

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                        | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK)   Varianten CJK |
| <input type="checkbox"/> HIV   AIDS   | <input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA, etc.) |  |

BITTE WENDEN

Nehmen Sie Medikamente ein?

- Bisphosphonate  Schmerzmittel  Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®)
- Cortison (Kortikoide)  Antidepressiva
- Blutdruckmedikamente Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Herzmedikamente Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Sonstige Medikamente? \_\_\_\_\_
- Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?  
Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Leiden Sie unter Zahnschmerzen?  Blutet Ihr Zahnfleisch?
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?
- Leiden Sie unter Mundgeruch?  Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?
- Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Was wünschen Sie sich langfristig für Ihre Zahngesundheit? \_\_\_\_\_

\*Freiwillige Angabe – diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich.

## SONSTIGE ANGABEN

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche | Monat? \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_
- Schnarchen Sie?

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Bereich der Zähne? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

\*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte sagen Sie einen Termin, den Sie nicht einhalten können, daher 24 Stunden vorher ab.

\_\_\_\_\_  
Ort | Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | \*HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Ort | Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!  
Ihr Team der Praxis ACHIM ULRICH ZAHNMEDIZIN