



Zahnarztpraxis Dres. Hehn & Kollegen MVZ GbR

i-Park Tauberfranken 4 | 97922 Lauda-Königshofen
Telefon: 09343 1268 | E-Mail: info@zahnarzt-dr-hehn.de
www.zahnarzt-dr-hehn.de

Anmeldebogen mit Anamnese

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
PLZ, Ort:
Tel. privat:
Beruf:
Arbeitgeber:
Tel. Arbeitge.:
Hausarzt:

Wenn Sie gesetzlich versichert sind:

Name der Krankenkasse:
Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Wenn Sie privat versichert sind:

Name der Versicherung:
Basistarif ja nein

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz- / Kreislaufkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzklappenfehler/Entzündung ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Endokarditis ja nein
(Herzklappenentzündung) ja nein
Herzoperation ja nein
Sonstige Herzerkrankungen ja nein
Welche?

Anfallsleiden (Epilepsie)

ja nein

Asthma / Lungenerkrankung

ja nein

Blutgerinnungsstörungen

ja nein

Einnahme blutverdünnender

Medikamente (ASS, Marcumar?)

ja nein

Diabetes

ja nein

Drogenabhängigkeit

ja nein

Magen-/Darm-/Nierenerkrankung

ja nein

Migräne

ja nein

Engwinkelglaukom (Grüner Star)

ja nein

Rheuma / Arthritis

ja nein

Schilddrüsenerkrankung

ja nein

Raucher

ja nein

Künstliche Gelenke/Gefäße

ja nein

Allergien / Unverträglichkeiten

ja nein

Wenn ja, welche?

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
Lebererkrankung / Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein
Andere Infektionskrankheiten ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Möchten Sie in unser Recallsystem (Erinnerung zur

Vorsorge) integriert werden? ja nein

Wenn ja: halbjährlich jährlich

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. momentan? ja nein Wenn ja, welche?

Werden oder wurden Sie *jemals* mit einem *Bisphosphonat*-Medikament behandelt? ja nein

z.B. bei Prostata-, Pankreas-, Lungen-, Mamma-Karzinom, Plasmozytom, Myelom, Osteoporose, Schmerztherapie

Wurden Sie jemals im Kopf-Hals-Bereich bestrahlt (Radiatio)? ja nein

Sonstiges?

Ich verpflichte mich, über alle gesundheitlichen Veränderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. **Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.**

Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine Lokalanästhesie (Betäubung) die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die obigen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Lauda-Königshofen, den

Datum

Unterschrift Patient