

## Anmeldungsblatt (zahnärztliche Behandlung)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !

Zur sicheren und zielgerichteten Durchführung der von Ihnen gewünschten zahnärztlichen Untersuchung und Behandlung, der leider unerlässlichen Administration sowie der Realisierung Ihrem Schutz dienender Vorkehrungen benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Gesundheitszustand. **Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.** Besten Dank für Ihre Mitarbeit !

<b>Name:</b> ↓	<b>Vorname:</b> ↓	<b>Geburtsdatum:</b> ↓	<b>Beruf:</b> ↓
<b>bei Minderjährigen:</b> → Name/Vorname der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten: _____			
<b>Anschrift (Strasse, Hausnummer, PLZ, Wohnort):</b> ↓		<b>Telefon (privat / geschäftlich):</b> ↓	

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **bisheriger Zahnarzt:** \_\_\_\_\_  
↓ ↓

**zugewiesen von / empfohlen durch ...** **... wegen (Grund Ihrer heutigen Konsultation):**  
↓ ↓

**Selbstzahler:** j / n ... .. **... wenn NEIN: Kostenträger (Name/Anschrift/Telefon/Ansprechperson):**  
↓

<b>Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand:</b>	<b>JA / NEIN</b>
• Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung ? Wenn ja, weswegen ? _____	j / n
• Nehmen Sie derzeit Medikamente ein ? Wenn ja, welche ? _____	j / n
. Medikamenteneinnahmen zur Antikoagulation (= Blutverdünnung) ? (z.B. Sintrom, Marcumar, Plavix, Aspirin-Cardio) _____	j / n
. Medikamenteneinnahmen wegen Osteoporose und/oder zur Tumorthherapie ? (z.B. sogenannte „Bisphosphonate“) Wenn ja, welche ? _____	j / n
• Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden ?	j / n
• Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen und/oder Medikamente ? Wenn ja, auf welche ? _____	j / n
• Sind bei Ihnen Allergien bekannt ? Wenn ja, welche ? _____	j / n
• Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk, Kopfschmerzen oder Migräne ?	j / n
• <i>für Frauen:</i> besteht derzeit eine Schwangerschaft ? (Monat ? _____)	j / n
<b>Haben Sie oder hatten Sie je eine der nachfolgend genannten Krankheiten?</b>	
<input type="checkbox"/> Gelbsucht (Hepatitis: A / B / C )	<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)
<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler / künstl. Herzklappe(n)	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen / (Schrittmacher?)	<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten
<input type="checkbox"/> Koronarerkrankung (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/> Augenerkrankungen / Kammerglaukom
<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Rheuma / Gelenkschwellungen
<input type="checkbox"/> künstliche Gelenke (erst kürzlich eingesetzt ?)	<input type="checkbox"/> Epilepsie

<b>Datum:</b> _____	<b>Unterschrift:</b> _____
---------------------	----------------------------

## Anmeldungsblatt (Komplementär-Zahnmedizin)

- bitte nur ausfüllen, wenn zahnärztlich-komplementäre Abklärung gewünscht ist -

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !

Zur Klärung komplementärmedizinischer Fragestellungen benötigen wir einige zusätzliche Informationen von Ihnen. Diese dienen einer ersten Einschätzung Ihres Anliegens, sodass Ihre Erstkonsultation bei uns so effektiv wie möglich gestaltet werden kann. *Selbstverständlich unterliegen auch diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. (Bitte sind Sie sich bewusst, dass derartige Abklärungen nach Zeitaufwand in Rechnung gestellt werden und grundsätzlich Privatleistung sind, also von keinem Kostenträger übernommen werden.)*

**Welches sind Ihre derzeitigen gesundheitlichen Störungen ?**

(Bitte auf der Rückseite fortsetzen, wenn nötig ... → )

---

---

---

**Welches davon ist aus Ihrer Sicht das aktuelle Hauptproblem ?**

**Wann trat dieses zum 1. Mal auf, wodurch wird es verschlimmert, wodurch gebessert ?**

---

---

**Welches war davor die letzte Erkrankung / Verletzung / Operation ?**

---

**Welches war die aus Ihrer Sicht bisher schwerste Erkrankung in Ihrem Leben ?**

---

**Gibt es bei Ihnen immer wieder auftretende gesundheitliche Probleme an ähnlicher Stelle unter ähnlichen Voraussetzungen (Ihre „Schwachpunkte“) ?**

---

---

**Was war für Sie in Ihrem bisherigen Leben am Schlimmsten, was am Schönsten ?**

---

---

**Welches sind Ihre Wünsche und Erwartungen an eine komplementär-zahnärztliche Abklärung und/oder Therapie ?**

---

---

**Sind Sie bereits in komplementärmedizinischer Behandlung bei einem Arzt oder Zahnarzt?**

nein  ja; wenn ja: wurden Sie von dort zu uns zugewiesen ? (bitte Zuweisung beilegen)

**Name & Anschrift des (Zahn-) Arztes:** \_\_\_\_\_

**Zahnärztliche Röntgenaufnahmen & bereits vorliegende Arztberichte bitte unbedingt beilegen !**

*Haben Sie herzlichen Dank für Ihre konstruktive Mitarbeit !*