

Anmeldungsblatt

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 !

Name: ↓	Vorname: ↓	Geburtsdatum: ↓	Beruf: ↓
bei Minderjährigen: → Name/Vorname der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten: _____			
Anschrift (Strasse, Hausnummer, PLZ, Wohnort): ↓		Telefon (privat / geschäftlich): ↓	
Selbstzahler: j / n wenn NEIN: Kostenträger (Name/Anschrift/Telefon/Ansprechperson): ↓			

Hausarzt: ↓	bisheriger Zahnarzt: ↓
zugewiesen von / empfohlen durch ... ↓	... wegen (Grund Ihrer heutigen Konsultation): ↓

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand:	JA / NEIN
• 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 Tumortherapie ? (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
Haben Sie oder hatten Sie je eine der nachfolgend genannten Krankheiten?	
<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

Datum: _____	Unterschrift: _____
---------------------	----------------------------