

**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns um Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern werden, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir möchten Sie höflich bitten, die Anmeldebögen so vollständig wie möglich auszufüllen. Ihre Angaben werden das ärztliche Gespräch erleichtern und verbessern. Zudem sind Ihre Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand für eine sichere und risikofreie Behandlung wichtig. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der **ärztlichen Schweigepflicht** und werden von uns vertraulich behandelt. Die Daten werden sicher elektronisch gespeichert und nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis an Versicherungen oder ärztliche Kollegen weitergegeben.

- **Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_  
**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_
- **Zahlungspflichtiger (falls nicht selbst Versicherungsnehmer):**  
**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_  
**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_
- **Telefon:**  
**Privat:** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_  
**Dienstlich:** \_\_\_\_\_
- **E-Mail:** \_\_\_\_\_
- **Beruf:** \_\_\_\_\_
- **Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

- **Krankenversicherung:**
  - Private Versicherung: \_\_\_\_\_
  - Beihilfeberechtigt: \_\_\_\_\_
  - Gesetzlich versichert: \_\_\_\_\_
  - Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_
  
- **Wem verdanken wir Ihre Empfehlung?** \_\_\_\_\_
  
- Welches **Hauptproblem** / welcher **Wunsch** führt Sie zu uns?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
- Haben Sie bisher Prophylaxe (professionelle Zahnreinigungen) durchführen lassen? ja  nein
  
- Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja  nein   
 Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_
- Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
- Haben Sie Allergien? ja  nein   
 Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht eine Überempfindlichkeit?  
 \_\_\_\_\_
  
- Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Bestehen oder bestanden Herzerkrankungen? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Haben Sie Herzklappenbeschwerden/Herzklappenersatz? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Zustand nach Herzinfarkt? Wann? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Haben Sie einen erhöhten/erniedrigten Blutdruck? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Haben Sie Leber- oder Nierenerkrankungen? ja  nein  \_\_\_\_\_



DR. SEBASTIAN SCHULTE  
DR. PATRICK THIELE



- Haben Sie Diabetes? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Haben Sie Atemwegserkrankungen / Asthma? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Haben Sie einen erhöhten Augeninnendruck? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Haben Sie eine Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV)? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Leiden Sie an Epilepsie? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Bestehen psychische Erkrankungen? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Sind Sie Raucher? ja  nein  \_\_\_\_\_
- Gibt es andere ernsthafte Erkrankungen?  
\_\_\_\_\_
- Besteht eine Schwangerschaft / Stillzeit? ja  nein  \_\_\_\_\_

Wann wurde das letzte Mal beim Zahnarzt ein Röntgenbild angefertigt? \_\_\_\_\_

Wir führen eine **reine Bestellpraxis**, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Falls Sie einmal verhindert sein sollten und einen mit uns vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie daher möglichst um eine frühzeitige (48 Stunden vorher) Terminabsage. Bei Fragen oder Problemen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Für Kritik und Verbesserungsvorschläge sind wir Ihnen jederzeit dankbar. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen. Wir helfen Ihnen sehr gerne dabei, Ihre Zahngesundheit zu erhalten und/oder zu verbessern.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....