

Nierenerkrankung ? ja / nein  
 Magen- Darmerkrankung ? ja / nein  
 Epilepsie ? ja / nein  
 Migräne ? ja / nein  
 Nerven- oder Gehirnerkrankung ? ja / nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Depression ? ja / nein  
 Schizophrenie ? ja / nein  
 Multiple Sklerose ? ja / nein  
 Muskelerkrankung ? ja / nein  
 Knochen- oder Gelenkerkrankung ? ja / nein  
 HIV positiv ? ja / nein  
 Hepatitis B ? ja / nein  
 Hepatitis C ? ja / nein  
 Diabetes ? ja / nein  
 Prostataerkrankung ? ja / nein

Wurde bereits eine OP im Kopfbereich durchgeführt ? ja / nein  
 Kam es zu Komplikationen bei der OP ? ja / nein  
 Besteht eine Narkoseunverträglichkeit ? ja / nein

Sind Sie schwanger, wenn ja, in welcher Woche ? Woche \_\_\_\_\_ ja / nein  
 Befinden Sie sich in der Stillzeit ? ja / nein  
 Rauchen Sie? ja / nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnschmerzen ? ja / nein  
 Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk ? ja / nein  
 Blutet Ihr Zahnfleisch ? ja / nein  
 Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück ? ja / nein  
 Hatten Sie jemals eine „Kiefervermessung“ ? ja / nein  
 Wurden Sie bereits kieferorthopädisch behandelt ? ja / nein  
 Sind Ihre Zähne gelockert ? ja / nein  
 Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden ? ja / nein  
 Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig ? ja / nein  
 Möchten Sie darüber eine Beratung ? ja / nein  
 Haben Sie schon mit entzündeten Zähnen zu tun gehabt ? ja / nein

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie im Rahmen unseres qualitätsinternen Recallsystems schriftlich auf ausstehende Untersuchungs- oder Prophylaxetermine hinweisen ? ja / nein

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Düsseldorf, den \_\_\_\_\_  
 Unterschrift



DISCOVER *White*  
 — DIE ZAHNÄRZTE IN DÜSSELDORF —



## ANAMNESE UND ANMELDEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben und bedanken uns für Ihr Vertrauen.  
Damit wir Sie umfassend und gezielt beraten können, bitten wir Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Sollten Unklarheiten auftreten, zögern Sie nicht uns anzusprechen.  
Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: (privat) \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

(berufl.) \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert: ja / nein      privat versichert: ja / nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung      Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Suchmaschine      Welche? \_\_\_\_\_ Suchbegriff(e) \_\_\_\_\_

Zeitung       Online-Werbung       Facebook       Instagram       Bewertungsportal

Plakat       Bus-Werbung

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

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja / nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen gesundheitliche Risiken? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  Ja  Nein Welche? \_\_\_\_\_

Vertragen Sie örtliche Betäubungsmittel? ja / nein

Wann war Ihre letzte Röntgenaufnahme der Zähne? \_\_\_\_\_

Bei welchem Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Dürfen wir diese telefonisch anfordern? ja / nein

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

Gerinnungsstörungen? ja / nein

Bluterkrankung? ja / nein

Blutarmut? ja / nein

Herzkrankung? ja / nein

Herzinfarkt? ja / nein

Herzfehler? ja / nein

Angina pectoris? ja / nein

Herzrhythmusstörung? ja / nein

Endokarditisprophylaxe? ja / nein

Herzprothese? ja / nein

Kreislauf-/Gefäßkrankung? ja / nein

Durchblutungsstörungen? ja / nein

Herzschrittmacher? ja / nein

Thrombose? ja / nein

Lungenentzündung? ja / nein

Chronische Bronchitis? ja / nein

Asthma? ja / nein

Augenerkrankung? ja / nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Schilddrüsenüberfunktion? ja / nein

Schilddrüsenunterfunktion? ja / nein

Stoffwechselerkrankung? ja / nein

Kropf? ja / nein

Gicht? ja / nein

Lebererkrankung? ja / nein

