



# zahnärzte

Warnemünde

Wertallee 10 – 18119 Rostock

Telefon: 0381 54160

praxis@zahnaerzte-warnemuende.de

## Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

### Patient

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Wer ist Hauptversicherter?

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

**E-Mail privat:** \_\_\_\_\_

### Telefonnummern

Privat: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

## Bestehen gesundheitliche Risiken?

Leiden Sie an einer Allergie? ja  nein

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

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja  nein

Haben oder hatten Sie Herzrhythmusstörung? ja  nein

Leiden Sie unter Angina pectoris? ja  nein

Haben oder hatten Sie eine Endokarditis? ja  nein

Haben Sie eine künstliche Herzklappe? ja  nein

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? ja  nein

Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja  nein

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja  nein

Haben Sie eine Atemwegserkrankung? ja  nein

Haben Sie Diabetes? ja  nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja  nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja  nein

HIV  Hepatitis B  Hepatitis C



# zahnärzTe

## Warnemünde

- Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja  nein
- Haben Sie grünen Star? ja  nein
- Haben Sie Osteoporose? ja  nein
- Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja  nein
- Haben Sie eine Trigemiusneuralgie? ja  nein
- Rauchen Sie? ja  nein
- Sind Sie schwanger? ja  nein
- Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja  nein
- Nehmen Sie Blutverdünner ein? ja  nein
- Nehmen Sie Medikamente ein? ja  nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 

### Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja  nein

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? \_\_\_\_\_

Sonstiger Grund:

Haben Sie Zahnschmerzen? ja  nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja  nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja  nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja  nein

Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? ja  nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja  nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja  nein

Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate eine Röntgenuntersuchung? ja  nein

Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten? ja  nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja  nein

Ich wünsche eine Erinnerung per Telefon oder Mail an meine Termine. ja  nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift