

# Anmeldeformular

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen aus, da Behandlungen im Mund - Kiefer - und Gesichtsbereich Auswirkungen auf unterschiedliche Krankheiten haben. Bitte bringen Sie diesen Bogen an die Anmeldung zurück, damit wir Ihre Karteikarte anlegen können.

**Patient/in:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. privat: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
Tel. geschäftl.: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beihilfe / Zusatzversicherung: **JA**  **NEIN**  Basis.- bzw. Standardvertrag: **JA**  **NEIN**

**Versicherte/r:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Name des **Hausarztes:** \_\_\_\_\_  
Name des **Hauszahnarztes:** \_\_\_\_\_  
Name des **Kieferorthopäden:** \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragen

Gab es bei Ihnen schon einmal Komplikationen bei der Spritze zur örtlichen Betäubung? **JA**  **NEIN**   
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde schon einmal eine Strahlenbehandlung nach Tumorerkrankungen durchgeführt? **JA**  **NEIN**

Sind bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate Röntgenbilder der Zähne oder des Kiefers gemacht worden?  
wenn ja, welche Region \_\_\_\_\_ **JA**  **NEIN**

Nehmen Sie Drogen? **NEIN**  **JA**  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Rauchen Sie? **NEIN**  **JA**  wie viele pro Tag: \_\_\_\_\_  
Alkoholkonsum? **NEIN**  **JA**  pro Tag:  pro Woche:

Besteht eine **Überempfindlichkeit / Allergie** gegen **Medikamente** oder **andere Substanzen** (z. B.: Penicillin/ Latex):  
**NEIN:**  **JA:**  \_\_\_\_\_

Nehmen Sie eines oder mehrere dieser aufgeführten Medikamente zur Blutverdünnung? **NEIN**  **JA**   
z.B.: Aspirin/ASS 100, Marcumar, Heparin, Fragmin, Clexane, Iscover, Plavix, Efient, Eliquis, Pradaxa, Xarelto

Nehmen oder **nahmen** Sie Osteoporosemittel bzw. Medikamente bei Knochenmetastasen bzw. ist deren Einnahme geplant? **NEIN**  **JA**  wenn ja, \_\_\_\_\_

z.B.: Alendron, Fosamax, Fosavance, Bonfos, Clodron, Ostac, Etidronat, Bonviva, Pamidronat, Ribodronat, Actonel, Zome-  
ta, Denusomab (Xgeva), andere: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ oral: \_\_\_\_\_ gespritzt: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie weitere Medikamente, haben Sie sonstige Erkrankungen, wenn ja, welche?

**Bitte geben Sie an, ob folgende Erkrankungen für Sie zutreffen:**

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Herzerkrankungen / Bypass / Schrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz / Herzpass / Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organtransplantation (welches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (Hepatitis A, B, C, D, E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreislaufbeschwerden / Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankungen (Arthritis, Psoriasis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung/Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? **JA**  **NEIN**

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

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_  
Patient/in/ Erziehungsberechtigter/in/ Betreuer/in

**Vielen Dank, Ihr Praxisteam**