

Anmeldebogen mit Anamnese vom _____

Patienten-Nr. _____

Bevor wir Sie zahnmedizinisch behandeln können, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Anmeldebogen auszufüllen, alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Nachname: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße/Hausnr.: _____ / _____
PLZ / Wohnort: _____ / _____
Telefon privat: _____
Telefon mobile: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Telefon _____
Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: ☐ ja ☐ nein
gesetzlich ☐ ja ☐ nein
versichert: ☐ ja ☐ nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Nachname: _____
Vorname: _____
Straße / Hausnr.: _____ / _____
PLZ / Wohnort: _____ / _____
Geburtsdatum: _____

Bitte Ihren Hausarzt eintragen:

Name: _____
Ort: _____
Telefon: _____

Zusatzversicherung: _____
Beihilfeberechtigt (für Beamte) oder Basistarif? ☐ ja ☐ nein
Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5 nachgewiesen? ☐ ja ☐ nein

Pflegegrad: _____
begrenzt / unbegrenzt

Vormund / gesetzliche Betreuung? ☐ ja ☐ nein _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Nehmen Sie Medikamente? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: _____

Haben Sie Allergien? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: _____

Sind Sie HIV positiv? _____ ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Hepatitis? _____ ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welcher Typ? ☐ A ☐ B ☐ C

Haben Sie Diabetes? _____ ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? _____ ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? _____ ☐ ja ☐ nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? _____ ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? _____ ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Migräne? _____ ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Asthma? _____ ☐ ja ☐ nein

Sind Sie Schwanger? _____ ☐ ja ☐ nein

wenn ja, in welcher Woche? _____

Wichtige Informationen:

- Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit
- Wenn Sie **Medikamente** einnehmen müssen, tragen Sie bitte diese oben ein
- Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr **Bonusheft** und Ihre **Krankenversichertenkarte** mit

Hinweis zum Datenschutz nach DSGVO:

Mit Ihrer Unterschrift unter diese Anmeldung willigen Sie in die Speicherung und Weiterverarbeitung Ihrer Daten zum Zweck Ihrer zahnärztlichen Behandlung ein. Sämtliche Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes gemäß **DSGVO**.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in unserer Praxis und auf unserer Homepage www.schwarm.info oder www.schwarm-net.de einsehbar.

Änderungen an Ihrem gesundheitlichen Zustand bitten wir Sie, uns vor Ihrer Behandlung mitzuteilen.

Wenn Sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer bei einer akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen:

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Hinweise zur Organisation:

Sie können einen Termin nicht einhalten?

Bitte sagen Sie ihn **mindestens 2 Tage vorher** ab, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Vielen Dank.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Richtigkeit meiner Gesundheitsangaben und dass ich die Angaben im Anmeldebogen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift

Service für Sie:

Ich möchte an meinen regelmäßigen Kontrolltermin (Recall) erinnert werden (ist nur per E-Mail möglich):

☐ ja (halbjährlich ☐ / jährlich ☐) ☐ nein, kein Interesse

Die Teilnahme am Recall ist freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Datum

Unterschrift