



Dr. med. dent. Johannes Walter

# Anmelde- und Anamnesebogen

**Patienten** Name, Vorname: .....  
Strasse, Ort: .....  
Telefon: .....  
Arbeitgeber/Adresse: .....

Geburtsdatum: .....  
Geschlecht:  m  w  
E-Mail: .....  
Arbeitgeber/Tel: .....

- gesetzliche Krankenversicherung .....
- Grenzgänger .....
- private Krankenversicherung .....
- beihilfeberechtigt .....

- Zusatzversicherung .....
- Caisse de Maladie Luxembourg .....
- Basistarif/Standardtarif .....
- Studententarif .....

Versicherter / Zahlungspflichtiger / Rechnungsadresse:  
**Versicherter** Name, Vorname: .....  
Strasse, Ort: .....  
Hausarzt/Adresse: .....

Geburtsdatum: .....  
Geschlecht:  m  w

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam ?  
 Bekannte  Telefonbuch  Internet

Überweisung, durch: .....  
 sonstiges: .....

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen zu Ihrer eigenen Sicherheit sorgfältig aus. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

### Ärztliche Behandlung

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? .....

Welche Medikamente, auch homöopathische Medikamente, nehmen Sie regelmäßig ein?

.....  
.....

### Allergien/Medikamentenunverträglichkeit

- Antibiotika, welche? .....
  - Schmerzmittel, welche? .....
  - andere Medikamente / Stoffe, welche? .....
- Besitzen Sie einen Allergiepaß?  ja  nein

- Latexallergie .....
- Lokalanästhetika, welche? .....

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Hoher Blutdruck  ja  nein
- Herzinsuffizienz/-schwäche  ja  nein
- Herzrhythmusstörungen  ja  nein
- Herzschriltmacher  ja  nein
- Schlaganfall (Apoplex)  ja  nein

- Niedriger Blutdruck  ja  nein
- Angina pectoris  ja  nein
- Herzinfarkt  ja  nein
- Herzoperation (z. B. Bypass)  ja  nein

Sonstige Herz-Kreislaufferkrankungen, welche? .....

- Herzklappen Operation  ja  nein
- Endokarditisausweis  ja  nein

- künstliches Gelenk, Stent  ja  nein
- Endokarditisprophylaxe  ja  nein

Thrombosen (Durchblutungsstörungen, Beinvenenthrombose, Krampfadern)  ja  nein

### Bluterkrankungen

Neigen Sie zu Blauen Flecken, Nasenbluten?  ja  nein

Blutgerinnungsstörungen: z.B. Hämophilie A, B  ja  nein (bitte ggf. markieren)

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente?  ja  nein

wenn ja, welche:  Marcumar  NOAK

Wie hoch ist Ihr Quickwert: ..... % INR: .....

ASS (Acetylsalizylsäure)

andere .....

Sonstige Bluterkrankungen?

**bitte wenden**



Dr. med. dent. Johannes Walter

### Infektionskrankheiten

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Hepatitis A / B / C (bitte ggf. markieren)    | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Tuberkulose                             | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Immunschwäche HIV                             | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |   |   |
| Lebererkrankungen                             | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | wenn ja, welche? .....                  |   |
| Magen-Darm-Erkrankungen                       | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | wenn ja, welche? .....                  |   |
| Atemwegserkrankungen                          | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | wenn ja, welche? .....                  |   |
| Benutzen Sie ein Asthmaspray?                 | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |   |   |
| Rheumaerkrankungen                            | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Wirbelsäule-/Rückenerkrankung           | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Nierenerkrankung                              | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | wenn ja, welche? .....                  |   |
| Niereninsuffizienz                            | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Dialyse                                 | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Diabetes, Typ?.....                           | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Glaukom/Grüner Star                     | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung                        | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Ohnmachtsneigung                        | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie (Krampfanfälle)                     | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Depression                              | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose (Knochenschwund)                  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Medikamente? z.B.: Bisphosphonate ..... |   |
| Krebserkrankung                               | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | wenn ja, welche? .....                  |   |
| Chemotherapie                                 | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |   |   |
| Bestrahlung                                   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | wenn ja, Strahlenfeld, Dosis?: .....    |   |
| Eine hier nicht aufgeführte Erkrankung? ..... |   |   |   |

### Allgemeine Angaben

- Körpergewicht (insbesondere bei Kindern): ca. ....kg
- Sind sie Drogen- oder Alkoholabhängig  ja  nein
- Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel  ja  nein
- Rauchen Sie?  ja  nein wie viele Zigaretten täglich? .....
- Neigen Sie zu Würgereiz  ja  nein

### Nur für Frauen

- Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft  ja  nein wievielte SSW? .....
- Nehmen Sie orale Antikonzeptiva („Pille“)  ja  nein
- Die Wirkung der „Pille“ ist bei gleichzeitiger Einnahme von Antibiotikum, z.B. bei Entzündungen, nicht mehr gewährleistet.

Durch Medikamente, insbesondere „Spritzen“, die Sie während der Behandlung verabreicht bekommen, kann die Fähigkeit zur Teilnahme am Straßenverkehr stark beeinträchtigt sein.

Folgende Nebenwirkungen können bei Spritzen (Lokal-, Leitungsanästhesie) auftreten: Bluterguss (Hämatom), Nervschädigung, vorübergehende Schluckstörungen, Verletzung der Weichteile durch Einbisse.

Alle Informationen unterliegen der ärztliche Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich werde Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen informieren.

Falls Sie einmal einen Termin nicht einhalten können, teilen Sie uns dies bitte 24 Stunden vorher mit. Kosten, die nach einer späteren Absage entstehen, müssten sonst in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige, dass ich vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe, dass ich die Informationen gelesen und verstanden habe.

Möchten Sie an unserem Recall-System teilnehmen?  ja  nein

Trier, den .....

.....  
Unterschrift

Einverständniserklärung bei der Behandlung von Minderjährigen, bei Patienten in Fürsorge.

Trier, den .....

.....  
Erziehungsberechtigter, gesetzliche Fürsorge