



ANMELDE-FORMULAR

Kontakt

Name _____ Straße, Hausnr. _____
Vorname _____ PLZ, Ort _____
Geburtsdatum _____ Telefon _____

Risiko-Anamnese

Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb erbitten wir einige Angaben. Kreuzen Sie bitte zutreffendes an. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns streng vertraulich behandelt.

	Ja	Nein	Falls Ja, bitte erläutern
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Überempfindlichkeit gegen Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie Gelbsucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie TBC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Leiden Sie an:

Herz- oder Kreislauferkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutkrankheiten, Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Erwachen Sie mit Kopf- oder Gesichtsschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie grundlos mehrmals am Tag müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich in Ihrer Leistung eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie regelmäßig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie Ihre Zähne als zu dunkel / zu gelb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet Telefonbuch/ Praxisschild
 Empfehlung _____

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4 - 6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Datum, Unterschrift