

**Dr. med. dent. Ulrich Claudy**

Zahnarzt

Ästhetische Zahnheilkunde • Implantologie • Parodontologie

**Anmelde- und Anamnesebogen**

Name der/s **Patientin/-en**: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Name der/s **Versicherten**: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon geschäftl.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

**Um bei der Erkennung und Behandlung Ihrer Beschwerden bzw. Ihrer Krankheit nichts unberücksichtigt zu lassen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten:**

1. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  **nein**  **ja**  
Wenn **ja**, weshalb? \_\_\_\_\_  
Hausarzt/behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_
2. Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche **Medikamente** ein  **nein**  **ja**  
Wenn **ja**, welche? \_\_\_\_\_
3. Wann wurden die letzten **Röntgenaufnahmen** der Zähne und Kiefer gemacht? \_\_\_\_\_
4. Haben Sie nach Verletzungen oder Zahnentfernungen längere Blutungen?  **nein**  **ja**
5. Haben oder hatten Sie eine der folgenden **Gesundheitsstörungen**?
  - a. zu **hohen** Blutdruck? .....  **nein**  **ja**
  - b. zu **niedrigen** Blutdruck? .....  **nein**  **ja**
  - c. Lebererkrankung? .....  **nein**  **ja**
  - d. Herzerkrankung? .....  **nein**  **ja**
  - e. Zuckerkrankheit? .....  **nein**  **ja**
  - f. sonstige Erkrankungen? .....  **nein**  **ja**Wenn **ja**, welche? \_\_\_\_\_
6. Sind Sie Träger eines **Herzschrittmachers**? .....  **nein**  **ja**
7. Gibt es **Medikamente**, die Sie nicht vertragen? .....  **nein**  **ja**
8. Für **weibliche** Patienten: sind Sie **schwanger**? .....  **nein**  **ja**
9. Sind Sie **freiwillig** versichert? .....  **nein**  **ja**
10. Ist Ihnen Ästhetik  sehr wichtig  wichtig  nicht so wichtig  egal
11. Gefällt / gefallen Ihnen Ihr Lachen / Ihre Zähne? .....  **nein**  **ja**
12. Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Behandlungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen das geforderte Maß des Ausreichenden, Notwendigen und Zweckmäßigen überschreiten und daher von den Krankenversicherungen nicht oder nur teilweise übernommen werden?  **nein**  **ja**

**Ich verpflichte mich eintretende Änderungen während der gesamten Behandlung dem Zahnarzt mitzuteilen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/s Patientin/-en oder gesetzlichen Vertreters

„Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar!