

**Zahnarztpraxis**  
**Dr. Nadine Staschat-Mounts & Dr. Paul-Anthony Mounts**

Staatsstraße 17 - 55442 Stromberg  
Telefon: 06724-603334 - Telefax: 06724-603335

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____ Tel. Privat: _____ Beruf: _____ Arbeitgeber, Ort: _____  Tel. Arbeitsplatz: _____ Krankenkasse: _____ gesetzl. versichert: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> privatversichert: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Privat im Basistarif (bis max. 2,0fachen Satz) ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?  Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____  Wer soll die Rechnung erhalten? Name: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____  Beihilfeberechtigter des öffentl. Dienstes? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
--	--

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_ Praxisort: \_\_\_\_\_  
Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

### Zutreffendes bitte ankreuzen!

Wie zufrieden sind sie mit Ihrem Lächeln? Auf einer Skala von 1 ( unzufrieden ) bis 10 ( sehr zufrieden ) ?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Haben Sie einen Allergiepass?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Wenn ja, welche? _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Haben Sie Osteoporose?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Leiden Sie an einer Tumorerkrankung?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Haben Sie jemals Bisphosphonate genommen? (Bisphosphonate = Medikament zur Behandlung von z.B. Osteoporose oder Knochenmetastasen)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Haben Sie eine Gerinnungsstörung?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Sind Sie HIV positiv?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

-bitte wenden-

- Haben Sie Hepatitis? ja  nein
- Haben Sie Diabetes? 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 grünen Star? ja  nein
- Haben Sie Asthma? ja  nein
- Haben Sie künstliche Körperprothesen  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ ja  nein
- Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? \_\_\_\_\_ Woche ja  nein
- Rauchen Sie? ja  nein

Aufklärung und Einwilligung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Unsere Praxis legt großen Wert darauf, dass Sie schmerzfrei behandelt werden. Dazu bieten wir eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) an. Welche Art der Betäubung gewählt wird, hängt dabei von Art und Umfang der Behandlung und von der Lage des zu behandelnden Zahnes ab. Natürlich haben auch Betäubungen gelegentliche Nebenwirkungen. Sollten Sie Fragen zu den Betäubungen und Nebenwirkungen haben sprechen Sie uns bitte darauf an!

Verkehrstüchtigkeit

Insbesondere bei umfangreicheren Eingriffen, bei denen größere Mengen Anästhetikum verwendet werden, kann das Reaktionsvermögen beeinträchtigt sein. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

- Haben sie Betäubungen bis jetzt immer gut vertragen? ja  nein
- Möchten Sie zur jährlichen Kontrolluntersuchung erinnert werden? ja  nein

**Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse.**

**Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

**Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.**

Stromberg, den \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift