



Zahnärzte

Dr. H. Müller & F. Mamede

www.muellermamede.de

## Patientenanmeldung und Anamnese

Wir bitten Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten, damit Krankheiten frühzeitig erkannt werden und unsere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können.  
Selbstverständlich behandeln wir all Ihre Auskünfte vertraulich!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Versicherter:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftl.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Sind Sie Zusatzversichert? Ja  Nein

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Wurden in den letzten 2 Jahren Ihre Zähne/Kiefer geröntgt? Ja  Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### **Allgemeine Anamnese: (Bitte zutreffendes unterstreichen)**

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z.B. gegen Penicillin, Aspirin, Schmerzmittel,...) Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja  Nein

Leiden oder litten Sie an Herzerkrankungen? Unregelmäßiger Herzschlag? Ja  Nein

Herzasthma? Angina Pectoris? Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja  Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja  Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? Ja  Nein

Haben Sie hohen/ niedrigen Blutdruck? Ja  Nein

Besteht eine Magen-Darm-Erkrankung? Ja  Nein

Leiden Sie an Ohnmachtsanfällen? Ja  Nein

Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung? Blutarmut (Anämie)? Ja  Nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Lebererkrankung? Nierenerkrankung? Ja  Nein

Haben Sie Diabetes? (Blutzucker) Ja  Nein

Wenn ja, benötigen Sie Insulin? Ja  Nein

Besteht eine Nervenkrankheit? Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis A/B, HIV,...)? Ja  Nein

Asthma? Epilepsie (Anfallsleiden)? Ja  Nein

Haben Sie jemals Bisphosphonate verschrieben bekommen? Ja  Nein

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Sofern eine der o.g. Fragen mit „Ja“ beantwortet worden ist, geben Sie uns bitte den Namen und die Anschrift Ihres Hausarztes an:

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

bitte wenden

Haben Sie Schmerzen im Kopf- oder Halsbereich? Ja  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Haben Sie häufig Kopfschmerzen oder Migräne? Ja  Nein

Haben Sie Schmerzen an den Zähnen oder am Zahnfleisch? Ja  Nein

Für gesetzlich versicherte Patienten (Kassenpatienten):  
Möchten Sie über anspruchsvollere Behandlungsmöglichkeiten, die nicht von der Krankenkasse übernommen, informiert werden? Ja  Nein

Wünschen Sie die jeweils beste Behandlungsmöglichkeit auch wenn diese nicht oder nur zum Teil von der Krankenkasse bezahlt wird? Ja  Nein   
kommt darauf an

Würden Sie, sofern Füllungen erforderlich sind, eine Versorgung mit Amalgam akzeptieren? Ja  Nein   
kommt darauf an

Möchten Sie über die Möglichkeit und den Ablauf moderner Individualprophylaxe und Mundhygiene informiert werden? Ja  Nein   
weiß ich nicht

Wollen Sie in unserer Praxis an der Prophylaxe teilnehmen, auch wenn diese nicht oder nur zum Teil von der Krankenkasse bezahlt wird? Ja  Nein   
weiß ich nicht

Für eine vollständige Befunderhebung ist häufig eine Röntgenuntersuchung (ein oder mehrere Röntgenbilder) notwendig:

Wünschen Sie eine Röntgenuntersuchung, wenn diese nötig ist? Ja  Nein

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Haben Sie Angst vor den Zahnbehandlungen? Ja  Nein

Wir bieten in unserer Praxis zur Unterstützung einer entspannten Behandlung die Möglichkeit der Lachgas-Sedierung an.

Nähere Informationen erhalten Sie von unserem Team.

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben.

München \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)