



Anmeldung + Anamnese

- **Pflichtmitglied einer gesetzlichen Krankenkasse:** ja nein
- **Private Zahnzusatzversicherung:** ja nein
- **Privatversichert:** ja nein
- **Beihilfeberechtigt** ja nein

Ihr behandelnder **Zahnarzt** ist: _____ **(bitte unbedingt angeben!)**

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Versicherter:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Beruf: _____ Krankenkasse: _____

Arbeitgeber:

Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____

Sind Sie z. Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein Krankheit? _____

BITTE ANGEBEN:

Herz:

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)
- Herzinfarkt/Schlaganfall _____ (Jahr)
- Angina Pectoris
- Herzschrittmacher / Stent: _____ (Jahr)
- Endokarditis-Prophylaxe erforderlich (z. B. bei Herzklappenersatz)

Stoffwechsel-/Rheumatische Erkrankungen:

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Rheuma

Kreislaufferkrankungen:

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Einnahme von Gerinnungshemmern (**Marcumar, ASS, Xarelto, Eliquis**, etc.)

Bluterkrankungen:

- Blutungsneigung
- Blutarmut (Anämie)

Nierenerkrankungen:

- Niereninsuffizienz
- dialysepflichtig

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____

Essen, den: _____ Unterschrift: _____

Infektionserkrankungen:

- Leberentzündung (Hepatitis A/B/C) _____ (Jahr)
- HIV positiv
- Tuberkulose (Tbc)

Schilddrüsenerkrankung:

- Überfunktion
- Unterfunktion

Allergien:

- Ekzeme
- Heuschnupfen/Pollenallergie
- Penicillin-Allergie
- Ich habe einen Allergiepass

Nervensystem:

- Epilepsie

Sonstiges:

- Asthma bronchiale
- Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)

Weitere Angaben:

- Sind Sie schwanger?
- Sind Sie frisch operiert?
- Sind Sie drogen-/alkoholabhängig?
- Raucher _____ Zigaretten/Tag