



Anmelde-Informationen

Bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten die folgenden Fragen gewissenhaft!

Patient:

Name

Name

Geburtsdatum

Telefon (Festnetz)

Telefon (tagsüber)

Telefax

Mobiltelefon

E-mail

Vorname Versicherte/r (falls abweichend)

Name Versicherte/r (falls abweichend)

Geburtsdatum Versicherte/r (falls abweichend)

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Beruf

beschäftigt bei

Krankenkasse

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Wünschen Sie eine Erinnerung, wenn Ihr nächster Kontrolltermin fällig ist?

JA NEIN

Bitte wenden!

Zahnärztliche Krankengeschichte

- Haben Sie Kaubeschwerden? JA NEIN
- Haben Sie Zahnfleischbluten und/oder Zahnfleischrückgang? JA NEIN
- Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? JA rechts JA links NEIN
- Leiden Sie an Kopfschmerzen? JA morgens JA mittags JA abends NEIN
- Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit und/oder Brennen im Mund? JA NEIN
- Beeinflussen die angeführten Beschwerden Ihr Wohlbefinden? JA NEIN
- Wenden Sie gegen o. g. Beschwerden Medikamente an? JA NEIN
- ... wenn JA, welche Medikamente? _____
- Hatten Sie jemals eine Kieferregulierung oder eine Einschleiftherapie? JA NEIN
- Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Was wurde gemacht? _____
- Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Mund- oder Kieferbereich? _____

Allgemeinmedizinische Krankengeschichte

- Sind Sie Schwanger? JA, voraussichtlicher Entbindungstermin: _____ NEIN
- Leiden Sie an:
- Infektionserkrankungen? JA, welche _____ NEIN
- Herz-Kreislaufkrankungen? JA, welche _____ NEIN
- Atemwegserkrankungen? JA, welche _____ NEIN
- Verdauungserkrankungen? JA, welche _____ NEIN
- Stoffwechselerkrankungen? JA, welche _____ NEIN
- Allergien und/oder Hauterkrankungen? JA, welche _____ NEIN
- Urogenital- und/oder Nierenerkrankungen? JA, welche _____ NEIN
- Nervenerkrankungen? JA, welche _____ NEIN
- rheumatischen Erkrankungen? JA, welche _____ NEIN
- hormonellen oder chronischen Erkrankungen? JA, welche _____ NEIN
- speziellen Problemen/sonstigen Krankheiten? JA, welche _____ NEIN
- Arzneimittel-Überempfindlichkeit? JA, gegen _____ NEIN
- Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? JA, welche _____ NEIN

Datum _____

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten _____

*Vielen Dank
für Ihre Mühe!*