



## Anmeldeformular

**Wir sind stets bemüht Sie in den Fokus unserer Praxis zustellen.  
Sollten Sie daher Wünsche haben, so sprechen Sie uns darauf an!**

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Versicherter: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherung:  pflichtversichert  freiwillig versichert  
 Privatversicherung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort Straße  
\_\_\_\_\_

Tel. Nr. tagsüber Mobil Nr. Email.

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

Name Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

### Allgemeine Krankengeschichte

**Herzerkrankungen:**

Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzasthma, Angina pectoris	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher / Herzprothesen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzoperation	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzpass	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

**Kreislaufferkrankungen:**

zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzinfarkt, wann?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

**Stoffwechselerkrankungen:**

Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

**Immunsystem:** Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?  Ja  Nein  
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten:** Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein  
AIDS, HIV  Ja  Nein  
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  Ja  Nein

**Haben Sie einen Allergiepass?**  Ja  Nein

**Sind Allergien bekannt?** (z.B. Laktoseintoleranz, Latex, Schmerzmittel, Antibiotika, Nesselsucht)

---

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?** \_\_\_\_\_

**Für Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft? (Welcher Monat?: \_\_\_\_\_)  Ja  Nein

**Rauchen Sie?**  Ja  Nein

**Allgemeine Fragen:** Wann wurde bei Ihnen zuletzt zahnärztlich geröntgt? Datum: \_\_\_\_\_  
Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? Datum: \_\_\_\_\_  
Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?  Ja  Nein  
Haben Sie Verspannungen an der Nacken- oder Schultermuskulatur?  
 Ja  Nein  
Wünschen Sie Informationen zur Gesunderhaltung Ihrer Zähne?  
 Ja  Nein

Ich verpflichte mich alle Daten hinsichtlich meines Gesundheitszustandes und meines Versicherungsverhältnisses wahrheitsgetreu angegeben zu haben und alle Änderungen die sich diesbezüglich während des gesamten Behandlungszeitraumes ergeben, umgehend mitzuteilen. Ich erkläre mich der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Gosheim, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **Unser kostenloser RECALL-Service für Sie!**

Zur Erinnerung an die halbjährliche Kontrolluntersuchung haben wir ein RECALL-Service eingerichtet. Wir möchten Ihnen diesen Service anbieten, damit Ihre Zähne gesund bleiben und Ihr Bonus gesichert bleibt.

Lassen Sie sich ab jetzt ganz einfach durch unser RECALL-System zum halbjährlichen Zahnarztbesuch erinnern.

Unser RECALL bedeutet für Sie:

- Zahnschäden vermeiden statt zu reparieren
- Früherkennung von Munderkrankungen
- Bonus sichern
- Informationen über unsere Individualprophylaxe.

Denn moderne Forschungsprojekte haben gezeigt, dass regelmäßige Untersuchungen am besten in Verbindung mit einer professionellen Zahnreinigung der sicherste Weg zu einem umfassenden Schutz der Zähne sind.

### **Möchten Sie in unser RECALL-System aufgenommen werden?**

- Nein
- Ja, ich möchte halbjährlich an meinen persönlichen Kontrolltermin erinnert werden.

---

**Unterschrift**

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, diesen Bogen auszufüllen.

Jetzt können wir uns ganz individuell auf Sie einstellen und werden uns die größte Mühe geben, Ihren eigenen Ansprüchen gerecht zu werden.

Ihr Praxisteam Dr. Schanz