



Anmelde- und Anamesebogen

ZAHNKLINIK
NORDHORN

Pflichtmitglied einer gesetzlichen Krankenkasse:

Ja Nein

Private Zahnzusatzversicherung:

Ja Nein

Privatversichert:

Ja Nein

Beihilfeberechtigt:

Ja Nein

Patient:

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

Versicherter:

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

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Beruf: _____ Krankenkasse: _____

ja, Sie können mir Terminvorschläge oder weitergehende Informationen auch per E-Mail schicken.

E-Mail: _____

Arbeitgeber: _____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein Krankheit? _____

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor? Ja Nein

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

Kreislauferkrankungen:

- 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: _____

Infektionserkrankungen

- Leberentzündung (Hepatitis A/B/C) _____ (Jahr)

- HIV positiv
- Tuberkulose (Tbc)

Schilddrüsenerkrankungen

- 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
- Osteoporose
- Bisphosphonate

Nordhorn, den: _____ Unterschrift: _____