

**ANMELDEFORMULAR | GESUNDHEITSFRAGEBOGEN**

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Probleme unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne.

**Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.**

- Dr. Sebastian Thüroff** Parodontologie
- Dr. Wolfgang Stoll** Implantologie
- Dr. Uta Stoll** Ästhetische Zahnheilkunde  
Endodontie  
Prophylaxe

Patient	Hauptversicherter
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geb.-Datum _____	Geb.-Datum _____
PLZ, Wohnort _____	PLZ, Wohnort _____
Straße   Haus-Nr. _____	Straße   Haus-Nr. _____
Tel. _____	Tel. _____
Tel. mobil _____	Tel. mobil _____
E-Mail _____	E-Mail _____
Beruf _____	Beruf _____
Arbeitgeber _____	<input type="checkbox"/> privatversichert
Krankenkasse _____	<input type="checkbox"/> pflichtversichert
	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt
	<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung
	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert
Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis? _____	
Weshalb kommen Sie zur Behandlung? _____	
Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____	
Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt? _____	

Wünschen Sie besondere Beratung über:	ja	nein
■ zeitgemäße hochwertige zahnmedizinische Versorgungen, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen / Erstattungsstellen nicht oder nur teilweise übernommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ unser systematisches Individualprophylaxe-Programm zur Vermeidung von Karies und Parodontose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Regeneration und Gesunderhaltung des Zahnfleisches (Parodontitisbehandlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ zahnärztliche Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ besondere Verfahren der ästhetischen Zahnmedizin, z.B. keramische Verblendschalen (Veneers), Zahnfarbenaufhellung (Bleaching)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
■ Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne, kurz Ihrem „Lächeln“ zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Haben Sie häufig Kopf- und/oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte Rückseite beachten**

\* Im Angestelltenverhältnis

## FRAGEN ZU VORHANDENEN ERKRANKUNGEN

		ja	nein			ja	nein
1. Haben Sie Kreislauferkrankungen (zu hohen/zu niedrigen Blutdruck, Schwindel, Ohnmacht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		– Knochenkrankheiten (z.B. Osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche: _____				– Anfallsleiden, Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		– Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		– Immunschwäche (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5. Wurde/wird bei Ihnen eine Bisphosphonat-Therapie durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente/Spritzen nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Herzinfarkt / Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Falls ja, welche: _____			
– Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		7. Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wenn ja, welche: _____			
– Sonstiges: _____				8. Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wenn ja, welche: _____			
– Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		9. Wurden Sie bereits regelmäßig wegen einer Krankheit mit Radium oder Röntgenstrahlen behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Erkrankungen des Blutes (z. B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wann? _____ Woran? _____			
– Allergien (z.B. Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		10. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		11. Für weibliche Patienten:			
– Lungenerkrankungen/Asthma/Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Lebererkrankungen/Gelbsucht/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ungewiß <input type="checkbox"/> Woche _____			
– Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
– Nierenerkrankungen/Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

**Sollte sich Ihr Gesundheitszustand im Laufe der Zeit verändern, bitten wir Sie, uns das zu Ihrer eigenen Sicherheit mitzuteilen, so daß wir ggf. auf die veränderte Situation eingehen können.**

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt? Name \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Sollte im Rahmen Ihrer Behandlung eine Betäubung/Lokalanästhesie notwendig sein, beachten Sie bitte, daß eine Beeinträchtigung Ihrer Verkehrstauglichkeit möglich ist, und Sie daher am Straßenverkehr nicht teilnehmen sollten.

### Hinweis zur Organisation:

Diese Praxis wird nach einem Terminsystem geführt.

Das bedeutet, die vereinbarte Zeit ist für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. In der Regel entstehen für Sie daher keine oder nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorgesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, daß Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir Sie umgehend um Benachrichtigung, damit die Zeit anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls sind wir berechtigt, Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen (§§ 304,615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalls (z.B. Schmerzen) kurzfristig einen Termin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten o. Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

**Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe und freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.**