

Dr. med. dent. Silke Bahmüller  
Dr. med. dent. Gernot Platte  
Zahnärzte

Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde  
Luxemburgerstraße 99  
50354 Hürth  
Tel.: 02233/9669290  
Fax: 02233/9669291

**Anmelde- und Anamnesebogen :**

Name und Anschrift Ihres **Hausarztes** :

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ Beruf : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon mobil : \_\_\_\_\_

Anschrift Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Mitglied/Zahlungspflichtiger: \_\_\_\_\_  
( bei Kindern Erziehungsberechtigter )

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon mobil : \_\_\_\_\_

Name des Kostenträgers: \_\_\_\_\_  
( Krankenkasse o. Versicherung )

- ich bin pflichtversichert     ich bin privat versichert     ich bin nicht versichert
- ich bin freiwillig versichert     ich bin Standardtarif Versicherter gemäß § 257 Abs. 2a SGB V.     ich bin zuschußberechtigt ( Sozialamt, Versorgungsamt )
- ich bin beihilfeberechtigt
- ich bin privat zusatzversichert

Mir ist bekannt, dass ich vereinbarte Termine einhalten muss, da die Behandlungszeit ausschließlich für mich reserviert ist u. parallel keine anderen Patienten bestellt sind ( reine Bestellpraxis ). Falls ich Termine nicht einhalten kann, muss ich die Praxis mindestens 24 Std. vorher informieren.

**Telefon : 02233-9669290**  
Fax : 02233-9669291

Bei Nichterscheinen ohne vorher abzusagen, wird mir die Ausfallzeit ( zahnärztliches Honorar ) voll berechnet – mindestens EURO 50,-. Dies gilt nicht, sofern Sie glaubhaft nachweisen, unverschuldet den Behandlungstermin versäumt zu haben. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden und bestätige dies am Ende des Anamnesebogens durch meine Unterschrift. Bitte beantworten Sie folgende Fragen bezüglich Ihrer Gesundheit möglichst vollständig. Alle Angaben fallen unter die ärztliche Schweigepflicht.

		<b>ja</b>	<b>nein</b>
1.	Waren Sie in letzter Zeit in ärztl. o. zahnärztl. Behandlung ? Wenn ja warum ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
2.	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? Wenn ja welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
3.	Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeiten) ? Auf z.B. Jod, Penizillin, Aspirin ? Haben Sie einen Allergiepaß ? Penizillin, Aspirin ? Haben Sie einen Allergiepaß ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Neigen Sie zu Nachblutungen ? Nehmen Sie ein Blut verdünnendes Mittel wie z.B. <b>ASS</b> oder <b>Marcumar</b> ein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen, oder haben Sie eine durch gemacht ?	<b>ja</b>	<b>nein</b>
	Herz-Kreislaufstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Koronare Herzkrankheit/ Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lebererkrankung wie z.B. Hepatitis (Gelbsucht), Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuckerkrankheit ( Diabetes )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Grüner Star ( Glaukom )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzfehler, -rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atemwegs- u. Lungenerkr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HIV, AIDS, Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anfallsleiden ( Epilepsie )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rheumat. Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Knochenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Leiden Sie an einer Krankheit, die hier <b>NICHT</b> aufgeführt ist ? Wenn ja welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Besteht eine Arzneimittelunverträglichkeit ? Wenn ja, auf welche Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
8.	Für weibliche Patienten : Besteht z.Z. eine Schwangerschaft ? Wenn ja in welchem Monat ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Haben Sie einen Herzschrittmacher ? Jahr _____ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt immer gut vertragen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Ich möchte am Recall-Programm der Praxis teilnehmen</b> (autom. Erinnerung an Kontrolltermine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich werde hiermit aufgeklärt, daß ich nach Behandlung mit örtlicher Betäubung, kein Kraftfahrzeug führen darf. Ebenso werde ich hiermit aufgeklärt, dass bei einer örtlichen Betäubung im Unterkiefer in extrem seltenen Fällen mit einer vorübergehenden o. dauerhaften Sensibilitätseinschränkung der Unterlippe o. der Zunge – der jeweils betreffenden Seite – gerechnet werden muss.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift : \_\_\_\_\_