



Dr. med. dent.

**Daniel Markiewicz**

**Zahnarzt**

### Patientenanmeldung und Anamnese

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig. Wir wollen erreichen, dass Krankheiten frühzeitig erkannt werden und dass unsere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können. Selbstverständlich behandeln wir all Ihre Auskünfte vertraulich!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

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

Versicherter:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

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

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftl.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beihilfe? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Sind Sie zusatzversichert? Ja  Nein

Wann war ca. Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Wurden in den letzten 2 Jahren Ihre Zähne/Kiefer geröntgt? Ja  Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

#### Allgemeine Anamnese:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z. B. gegen Penicillin, Aspirin, Schmerzmittel,...) Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja  Nein

Leiden oder litten Sie an Herz- und / oder Kreislaufbeschwerden? Ja  Nein

Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung? Ja  Nein

Haben Sie Diabetes (Blutzucker)? Ja  Nein

Wenn ja, benötigen Sie Insulin? Ja  Nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Lebererkrankung? Nierenerkrankung?

Nervenkrankheit? Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV,...)? Asthma? Epilepsie (Anfallsleiden)?

Hohen / niedrigen Blutdruck? Andere Schwierigkeiten mit den Lungen oder Husten?

(Bitte zutreffendes Unterstreichen) Ja  Nein

Haben oder hatten Sie Krebs, eine bösartige Erkrankung oder Leukämie? Ja  Nein

Haben Sie jemals Bisphosphonate verschrieben bekommen? Ja  Nein

Wurden bei Ihnen künstliche Gelenke (Hüfte, Knie,...) eingesetzt? Ja  Nein

Sofern eine der o.g. Fragen mit "Ja" beantwortet worden ist, geben Sie bitte den Namen und die Anschrift Ihres Hausarztes an:

Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-)medizinischen Eingriffen? Ja  Nein

Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen? Ja  Nein

Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche verordnete Medikamente ein? Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein

Konsumieren Sie Tabak? Ja  Nein

Neigen Sie zu Karies? Ja  Nein  zu Zahnstein? Ja  Nein  zu Zahnfleischbluten? Ja  Nein

Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? Ja  Nein

Bielefeld, \_\_\_\_\_

(Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)