Zahnarzt Anton Stadler

Martin-Luther-Platz 6
86150 AUGSBURG
Tel.: 0821-150066

Anmeldung/Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Ihr Gesundheitszustand, Ihre Lebensgewohnheiten und Medikamenteneinnahme können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen **vollständig** und **wahrheitsgemäß** aus. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie (bzw. stellvertretend für Ihr Kind/Ihre Pflegeperson) in die elektronische Datenverarbeitung der Praxis Anton Stadler gemäß dem Merkblatt „Aufklärung zur Datenverarbeitung gemäß DS-GVO“ ein. Das Merkblatt hängt für Sie zur Einsicht im Wartebereich aus und Sie erhalten auf Wunsch eine Kopie.

Patient/-in _____
Name Vorname geb.

bei Kindern

Mitglied _____
Name Vorname geb.

Anschrift _____
Straße Hausnummer Ort

Telefon _____
Privat Mobil geschäftlich

E-Mail _____

Beruf _____

Krankenversicherung

_____

Zusatzversicherung (bei Kassenpatienten) ☐ Ja ☐ Nein

- Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und wahrheitsgetreu!

	ja	nein
Leiden Sie aktuell unter Atemnot, Schnupfen, Husten, Fieber, Halsschmerzen?	☐	☐
Sind Sie Raucher/-in?	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja bitte **unterhalb aufschreiben** oder **Kopie Medikamentenplan**	☐	☐

_____

_____

_____

Zahnarzt Anton Stadler

Zahnärztliche Anamnese	ja	nein
Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten bemerkt?	☐	☐
Haben Sie Interesse an einer jährlichen Erinnerung per Mail?	☐	☐
Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung?	☐	☐
Ist bei Ihnen eine Parodontitis festgestellt und/oder behandelt worden?	☐	☐
Sind Sie schwanger?	☐	☐
Allergiepass vorhanden?	☐	☐
Überempfindlichkeit* (Allergie) gegen:	☐	☐

*Pollen-, Gräser-, Hausstaubmilben- und Tierallergien bitte nur allgemein angeben.

Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Erkrankungen, sowie neue und/oder geänderte Medikamenteneinnahmen **selbstständig** und **umgehend** der Praxis mitzuteilen.

Leiden Sie bzw. haben Sie	ja	nein
Herz-/Kreislauferkrankung (z.B. Bluthochdruck) bitte genaue Angabe	☐	☐
Herzschrittmacher	☐	☐
Zustand nach Herzinfarkt, wenn ja wann	☐	☐
Künstlicher Herzklappenersatz, Bypässe oder Stents	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Epilepsie oder Ohnmachtsanfälle	☐	☐
Hepatitis A/B/C	☐	☐
Erkrankungen der Niere, Leber oder Schilddrüse	☐	☐
Tuberkulose	☐	☐
Chronische Erkrankung der Atemwege, z.B. Asthma	☐	☐
HIV-Infektion/AIDS	☐	☐
Sonstige Erkrankungen:		

<u>Versäumte und nicht abgesagte Termine werden mit € 50,-- in Rechnung gestellt!</u>

Datum: _____ **Patient/in:** _____

Unterschrift