



Mund. Kiefer. Gesicht.
Praxisklinik Prof. Stelzle

ANMELDEBOGEN ORALCHIRURGIE UND IMPLANTOLOGIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationsfreien Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. **Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.**

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname

Titel

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Zahnarzt, Ort

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
- Empfehlung durch: _____
- Sonstiges: _____

ANGABEN ZU IHREM ZAHNSTATUS/ZUR MUNDGESUNDHEIT

Ja

Nein

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Leiden Sie unter Zahnschmerzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Schmerzen in der Kieferhöhle? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie lockere Zähne? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie bereits Zähne entfernt bekommen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie einen herausnehmbaren Zahnersatz? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie bereits Implantate? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hatten Sie bereits Operationen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Hautveränderungen/Schleimhautveränderungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder Erkrankungen an den aufgeführten Organsystemen?

Allgemeinerkrankungen	Ja	Nein	Herzkrankheiten	Ja	Nein
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Klappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Trakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grüner Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Endokarditis/-prophylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma, Gelenkerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infektionskrankheiten		
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunsuppression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verlängerte Blutungszeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie Allergien?

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welche Woche? _____

Rauchen Sie?

Wenn ja, wie viel pro Tag? _____

Konsumieren Sie Alkohol?

Wenn ja, was und wie viel? _____

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie eines der folgenden Arzneimittel ein?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutdruckmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antidepressiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bisphosphonate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kortison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutverdünnende Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Medikamente: _____			(z.B. ASS, Marcumar, Xarelto, Lixiana)		
_____			Wenn ja, welche? _____		

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Dürfen wir Sie kontaktieren, um Sie beispielsweise an Termine zu erinnern?

Falls ja, auf welchem Weg? Per Post Per E-Mail

Ich versichere die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben. Sollten sich im Laufe der Behandlung Änderungen ergeben, werde ich die Praxis hierüber unverzüglich informieren.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten