



## Anmeldebogen mit Anamnese

Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Telefon privat \_\_\_\_\_  
 Telefon mobil \_\_\_\_\_  
 Beruf \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber, Ort \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tel. Arbeitsplatz \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 pflichtversichert  ja  nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind,  
 wer ist der Versicherte?

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

ja  nein

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt/behandelnder Arzt? \_\_\_\_\_

**Bestehen gesundheitliche Risiken?**

| Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

| Haben Sie einen Allergiepass?  ja  nein

| Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe,

| Materialien oder Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

| Haben Sie Gerinnungsstörungen?  ja  nein

| Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

| Sind Sie HIV positiv?  ja  nein

| Haben Sie Hepatitis?  ja  nein

| Hatten Sie einen Schlaganfall?  ja  nein

| Haben Sie Diabetes?  ja  nein

| Liegt bei Ihnen eine  
 Schilddrüsenerkrankung vor?  ja  nein

| Haben Sie eine Magen-/Darm-  
 oder Nierenerkrankung?  ja  nein

| Leiden Sie unter Migräne?  ja  nein

| Haben Sie grünen Star?  ja  nein

| Haben Sie eine Epilepsie?  ja  nein

| Haben Sie Asthma?  ja  nein

| Leiden Sie an hohem oder  
 niedrigem Blutdruck?  ja  nein

| Haben Sie Osteoporose?  ja  nein

Nehmen Sie dafür Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

| Wurde bei Ihnen in einem Zeitraum von 1 Jahr ein größerer  
 operativer Eingriff vorgenommen?  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

| Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_Woche

| Sonstiges/Ergänzungen \_\_\_\_\_

## Mögliche Komplikationen

Diese Hinweise beziehen sich auf alltägliche Behandlungsmaßnahmen, die Sie evtl. schon von anderen Zahnarztbesuchen kennen. Über spezielle operative Eingriffe werden Sie gesondert aufgeklärt.

| Die Behandlung wird auf Ihren Wunsch meist in örtlicher Betäubung durchgeführt. In äußerst seltenen Fällen kann es beim Injizieren des Betäubungsmittels zur Schädigung eines Nerven kommen. Die dadurch verursachte, möglicherweise länger dauernde Gefühlsstörung der Zunge oder Unterlippe bildet sich in der Regel zurück. In extrem seltenen Fällen kann es aber zu einer dauerhaften Schädigung kommen.

| Sehr selten kann eine Überempfindlichkeits- oder Unverträglichkeitsreaktion auf das Betäubungsmittel auftreten.

| Beim Bohren oder Schleifen kann es in seltenen Fällen zu Nebenverletzungen der Schleimhaut kommen. Es kommt sehr selten vor, dass der Patient einen gezogenen Zahn, eine Zahnfüllung, eine Krone oder ein kleines Instrument verschluckt. In diesem Fall genügt meist eine Überwachung. Wird jedoch ein Fremdkörper eingeatmet, muss dieser vom Arzt (in der Regel durch Bronchoskopie) entfernt werden.

| Bei allen größeren Eingriffen kann es zu Entzündungen kommen, die in der Regel gut durch örtliche und medikamentöse Behandlung beherrschbar sind.

| Allgemeinerkrankungen (zum Beispiel Diabetes), Infektionskrankheiten und das Rauchen können Wundheilungsstörungen verursachen.

| Örtliche Betäubungen, aber auch die Einnahme von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln können Ihre Reaktionsfähigkeit herabsetzen!

**Sie sollten daher 2 bis 3 Stunden nachdem Sie eine örtliche Betäubung erhalten oder eines der oben genannten Medikamente eingenommen haben kein Fahrzeug steuern und auch keine Maschine bedienen!**

## Hinweis zur Praxisorganisation

Diese Praxis wird nach einem Terminsystem geführt. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit fest eingeplant und für Sie reserviert ist. In der Regel entstehen für Sie daher keine oder nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare 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 um umgehende Benachrichtigung (spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin), damit die Behandlungszeit anderweitig vergeben werden kann.

Erhalten Sie kurzfristig einen Termin, müssen Sie mit Wartezeit rechnen.

Ihre personenbezogenen Daten können zu Zwecken der Qualitätssicherung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns geprüft werden, s. <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>.

**Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.  
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

Mit meiner Unterschrift erkläre und bestätige ich, den Anamnesebogen gelesen und verstanden zu haben und vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Weiden, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dr. Stefan Ullrich  
Spezialist für Implantologie (EDA)  
Max-Reger-Str. 18  
92637 Weiden

Telefon 09 61 - 74 22  
Fax 09 61 - 74 99

info@dr-stefan-ullrich.de  
www.dr-stefan-ullrich.de