



Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Dieser Anmeldebogen dient Deiner Gesundheit und Sicherheit. Bitte lies ihn gut durch und fülle ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Deinem Gesundheitszustand anzupassen.

### 1. Persönliche Daten

Patient (Familierversichertes Mitglied)

Hauptversichertes Mitglied

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Schüler  Auszubildender  Student

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse:  gesetzlich  privat

Wer soll die Rechnung erhalten? \_\_\_\_\_

Wer ist Dein Hausarzt/Kinderarzt? \_\_\_\_\_

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

### 2. Ärztliche und zahnärztliche Anamnese

Bestehen oder bestanden die folgenden Befund/ Beschwerden/ Krankheiten:

Allergien  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Hämophilie (Blutgerinnungsstörung)  ja  nein

Herzfehler mit Endokarditisrisiko  ja  nein

Leukämie  ja  nein

Epilepsie  ja  nein

Lungenerkrankung  ja  nein

Ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose)  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente musst/ musstest du einnehmen? (einschließlich Empfängnisverhütung)

Weshalb kommst du zu uns? Was ist Dein Hauptanliegen?

**Bitte wenden**

### 3. Häusliche Mundhygiene

Wie oft täglich betreibst Du Mundhygiene? \_\_\_\_\_mal  
Reinigst Du die Zahnzwischenräume? (Bsp. Zahnseide/ Interdentalbürstchen)  ja  nein

### 4. Ernährung

Wie viele Mahlzeiten nimmst Du am Tag zu Dir?  bis 5  über 5  
Sind deine Zwischenmahlzeiten gesüßt?  ja  nein  
Wie sind Deine Trinkgewohnheiten (Art und Häufigkeit der Getränke)

---

### 5. Fluoride

Nimmst Du Fluoridtabletten?  ja  nein  
Wird zu Hause fluoridiertes Salz verwendet  ja  nein  
Welche Zahnpasta verwendest Du?

---

### 6. Recall

Mit unserem Recall-System erinnern wir Dich regelmäßig an Deinen halbjährlichen Kontrolltermin. Bist Du an unserem Recall-System interessiert?  ja  nein  
Wenn ja, wie?  Post  Mail

Eine Absage sollte nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch 24h vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir leider privat in Rechnung stellen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Berlin, den \_\_\_\_\_

---

Patient/ Erziehungsberechtigter