

# Anmeldung

Liebe Patienten,  
wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen.

Seien Sie bitte so freundlich und füllen den Anmeldebogen vollständig aus – als Grundlage für eine optimale Behandlung. Vielen Dank.

Zahnerhalt anders  
denken! [www.fukosi.de](http://www.fukosi.de)

Zahnmedizin, Oralchirurgie  
und Zahntechnik

## Ihre persönlichen Daten

Nachname \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_  
Telefon mobil \_\_\_\_\_  
Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Hausarzt \_\_\_\_\_

## Ihre Versicherung

Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Versicherungsform  gesetzlich versichert  
 zusatzversichert  
 privat  
 Beihilfe  
Mitglied:  selbstversichert  
 versichert über: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_

## Ihre Anliegen

### Wie haben Sie von uns erfahren?

Was führt Sie in unsere Praxis? \_\_\_\_\_

- Kontrolle  
 Schmerzbehandlung  
 Funktionsanalyse  
 Zahnfleischbluten / Parodontose  
 Beratung über \_\_\_\_\_

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wie häufig gehen Sie zum Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine Funktionsanalyse?  nein  ja

Knirschen Sie mit Ihren Zähnen?  nein  ja

Haben Sie Schmerzen am Kiefergelenk / Gesichtsmuskulatur?  nein  ja

Möchten Sie an den nächsten Kontrolltermin erinnert werden?  nein  ja

Kennen Sie die Professionelle Zahnreinigung (PZR)?  nein  ja

**Bitte wenden!**

## Ihre Krankheitsgeschichte

<u>Allergien (Allergiepass vorhanden?)</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Anfallsleiden (Epilepsie)</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Zuckerkrankheit (Diabetes)</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Herzerkrankungen (Infarkt, Schrittmacher)</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Kreislaufkrankungen (Blutdruck)</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Rheuma/Osteoporose</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Lebererkrankung</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Lungenerkrankung (Asthma)</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Nervenerkrankung</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Blutkrankheit</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Magen-Darm-Erkrankung</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Nierenerkrankung</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Schilddrüsenerkrankungen</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Tumorerkrankung</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Sonstige Erkrankungen</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____

<u>Frühere Operationen</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Besteht eine Schwangerschaft?</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in SSW _____
<u>Neigen Sie zu Nachblutungen (blaue Flecken)?</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
<u>Sind Sie Raucher/in?</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, täglich etwa _____

## Vielen Dank für Ihre Zeit!

Haben Sie Verständnis dafür, dass sich mit Ihnen abgestimmte Behandlungstermine, trotz sorgfältiger Planung, verschieben können!

Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d. h. spätestens 24 Stunden vorher. Ansonsten werden Ihnen die Kosten für die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt. (Ausfallentgelt gem. §§ 304, 611, 615 BGB)

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.**

Vom Arzt zu ergänzen:

- Erstanamnese
- Aktualisierung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten