



**Zahnärztliche Partnerschaftsgesellschaft  
Dr. Unterricker Dr. Braun Dr. Müllauer  
Hauptstr. 32 • 88677 Markdorf • Fon 07544 6466**

**Anmeldebogen**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen und möchten Sie bitten, zu Anfang unseren Bogen gewissenhaft auszufüllen. Dies ermöglicht uns, bei einer Behandlung Ihren Erwartungen und Wünschen gerecht zu werden und die Therapie Ihrem Gesundheitszustand entsprechend zu gestalten.

**Patientendaten:**

Name:..... Vorname:..... Geburtsdatum:.....

Straße, Hausnr.:..... PLZ/Ort:.....

Tel. priv.:..... Tel. geschäftl.: ..... Handy: .....

Beruf \*:..... Arbeitgeber \*:.....  
(\*freiwillige Angabe)

e-Mail:.....@.....

(bitte gut lesbar ausfüllen)

Versicherung:  Gesetzlich .....  Privat .....  
 im einem bestimmten Tarif (z. B. Basistarif, Standardtarif)

Hausarzt: .....

**Falls Sie mitversichert sind, geben Sie bitte die Daten des Hauptversicherten zusätzlich an:**

Name:..... Vorname:..... Geburtsdatum:.....

Straße:..... PLZ/Ort:..... Tel.:.....

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

**Herz-/ Kreislauferkrankungen:**

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hochgradige Neutropenie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mukoviszidose-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stammzellentransplantiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporoseerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Raucher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Infektiöse Erkrankungen:**

HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Metalle:.....		

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)  ja  nein

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?.....seit.....**

**Besteht eine Schwangerschaft?**  ja  nein Wenn ja, in welchem Monat? .....Monat

**Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung?**.....

**Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?**

Wenn ja, wann?.....

Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit .....
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit .....
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit .....
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit .....

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?  ja  nein Datum:.....

**Haben Sie häufig:**

- Kopfschmerzen
- Schmerzen im Schulter-/ Hals-/ Nackenbereich
- Kiefergelenkschmerzen
- Tinnitus (Ohrgeräusche)
- Schwindel
- Ohrenscherzen
- Kloßgefühl / Engegefühl / Schluckbeschwerden
- Zungenbrennen / Schleimhautbrennen
- Sehstörungen / tränende Augen / Schmerzen im Auge
- Nasensekretion
- Nasennebenhöhlen- / Kieferhöhlenentzündungen

**Leiden Sie unter Mundgeruch?**

ja  nein

**Haben Sie besondere Erwartungen oder Ansprüche an uns, bzw. die Behandlung?**

.....

**Wie haben Sie zu uns gefunden: Empfehlung von, Telefonbuch, etc.?**

.....

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unseren Bogen genau auszufüllen!

Jetzt können wir uns ganz individuell auf Sie einstellen und werden uns die größte Mühe machen, Ihren eigenen Ansprüchen gerecht zu werden - den ersten Schritt zu einer vertraulichen und persönlichen Patienten-Praxisbeziehung haben Sie getan!

**Wir sind für Sie da - Ihr Praxisteam**

**Unser kostenloser Recall-Service für Sie:**

Lassen Sie sich ganz einfach durch unser bewährtes Recallsystem zum halbjährlichen Zahnarztbesuch erinnern! Unser Gesundheits-Recall bedeutet für Sie:



- Zahnschäden vermeiden statt reparieren
- Früherkennung von Munderkrankungen
- Bonus sichern
- Information über unsere Individualprophylaxe

Denn moderne Forschungsprojekte haben gezeigt, dass regelmäßige Kontrolluntersuchungen, am besten in Verbindung mit einer professionellen Zahnreinigung, der sicherste Weg zu einem umfassenden Schutz der Zähne sind.

**Möchten Sie in unser Recallsystem aufgenommen werden?**

nein  ja, ich möchte halbjährlich an meinen persönlichen Kontrolltermin erinnert werden!

per e-mail an folgende Mailadresse: .....

(bitte gut lesbar ausfüllen)

Unterschrift:..... Datum .....