

Dr. MSc. Kai Zöllner

Master of Science für Implantologie
Spezialist für Implantologie
(DGI, BDIZ, DGZI, ICOI)

Vilstalstr. 6

D-87459 Pfronten / Allgäu

Telefon 08363 / 9 20 26

Telefax 08363 / 9 20 27

E-mail: praxis@dr-zoellner.de

Internet: www.dr-zoellner.de

Anmeldung / Anamnese

Patient/-in

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	geb.	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>		
Geburtsort	<input type="text"/>				
Arbeitgeber	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>		
Telefon Privat	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>		
Tel. Geschäft	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>		

Versicherte/r / Zahlungspflichtige/r / bei Kindern Erziehungsberechtigte/r

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	geb.	<input type="text"/>
evtl. abweichende Adresse	<input type="text"/>				

Krankenkasse / Versicherung	<input type="text"/>						
Mitglieds-Nr.	<input type="text"/>	Beihilfe	<input type="checkbox"/>	Basis-Tarif	<input type="checkbox"/>	nicht versichert	<input type="checkbox"/>

Sehr verehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Diese sind für die Durchführung eines umfassenden Behandlungskonzeptes und einer risikofreien Behandlung notwendig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Allergie (welche)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (welche)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt (wann) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Grüner Star (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Angina pectoris
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz/-schwäche
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

bitte wenden!

- Nervenerkrankung
- Blutgerinnungsstörung
- Lebererkrankung
- Nierenerkrankungen
- Schlaganfall
- Rheumaerkrankungen

- Diabetes Typ 1 Typ 2
- Immunmangel-Syndrom (AIDS)
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Osteoporose
- Lähmungen
- Tumorerkrankungen / Karzinom / Krebs

nehmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?

- Ja nein

Evtl. andere, oben nicht aufgeführte Krankheiten?

	ja	nein	
Frühere Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche <input style="width: 150px;" type="text"/>
Nehmen sie Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche <input style="width: 150px;" type="text"/>
Blutgerinnungshemmende Medikamente? z.B. Marcumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche <input style="width: 150px;" type="text"/>
Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, weshalb <input style="width: 150px;" type="text"/>
Letzte Röntgenuntersuchung (wann, Region) <input style="width: 450px;" type="text"/>			
Lag eine Unfallverletzung im Mund- und Kieferbereich vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unfalldatum <input style="width: 150px;" type="text"/>
			Art der Verletzung <input style="width: 150px;" type="text"/>
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche Woche <input style="width: 150px;" type="text"/>

	ja	nein		ja	nein
Besitzen Sie ein Bonusheft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liegt eine aktuelle Medikamentenliste vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liegt ein Materialpass vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt ein Kinderpass vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liegt ein Implantatpass vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie eine Erinnerung zur Vorsorge (Recall)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> per Post	<input type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> per E-mail
Traten nach Spritzen Nebenwirkungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?	<input style="width: 150px;" type="text"/>	

Hausarzt Telefon

Anschrift

Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

Datum Unterschrift