



## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Zahnarztpraxis SOPHIA KAM ZAHNMEDIZIN AM TURMHOF, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### PERSÖNLICHE DATEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße   Hausnummer	PLZ	Ort
Beruf	Arbeitgeber	
Telefon (privat)	Telefon (geschäftlich)	Telefon (mobil)
E-Mail	Hausarzt	

### WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERT?

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße   Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (privat)		

### KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Sind Sie gesetzlich oder privat versichert?	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Was ist der Grund Ihres Besuchs? \_\_\_\_\_

### WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Durch wen oder was haben Sie das erste Mal von uns gehört? Mehrfachantworten sind möglich.

<input type="checkbox"/> Empfehlung Arzt	<input type="checkbox"/> Name der Praxis _____
<input type="checkbox"/> Empfehlung Patient	<input type="checkbox"/> Name des Empfehlenden _____
<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Website <input type="checkbox"/> Jameda
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Asthma   Schwere Atemnot	<input type="checkbox"/>	<b>HERZKRANKHEITEN</b>	
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Herzfehler	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/>		
Einnahme von Bisphosphonaten wegen Tumorleiden oder Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<b>INFEKTIONSKRANKHEITEN</b>	
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	HIV   AIDS	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A B C (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden   Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.)	<input type="checkbox"/>
Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob (CJK)   Varianten (vCJK)	<input type="checkbox"/>
Sonstige Angaben   Krankheiten:	<input type="checkbox"/>		

Bestehen Allergien?  Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente ein?  Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  Ja  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

Nur für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung? \_\_\_\_\_

## WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR SIE

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie über halbjährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie Zahnreinigungen zu informieren. Wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

per Post  per E-Mail  per SMS  per Telefon  kein Interesse

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden? Wenn ja, auf welchem Wege?

per Post  per E-Mail  kein Interesse

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

**Hinweis zur Organisation:** Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!  
Ihr Team der Zahnarztpraxis SOPHIA KAM ZAHNMEDIZIN AM TURMHOF

SOPHIA KAM  
ZAHNMEDIZIN AM TURMHOF

AM COURTS GARTEN 2  
51143 KÖLN-ZÜNDORF

TEL 02203-9988770  
FAX 02203-9988771

INFO@ZAHNARZTPRAXIS-KAM.DE  
ZAHNARZTPRAXIS-KAM.DE