



71638 Ludwigsburg, Solitudestraße 24, Tel. 07141 / 97676-0  
71178 Stuttgart, Sophienstraße 41, Tel. 0711 / 34 06 69-0

## Anmelde- und Anamnesebogen

.....  
Patient:                      Name                      Vorname                      Geburtsdatum

.....  
Versicherter:                Name                      Vorname                      Geburtsdatum

.....  
Postleitzahl/ Wohnort                      Straße/ Hausnummer

.....  
Telefon                      Mobil-Nr.                      E-Mail (Kontaktaufnahme nur in dringenden Fällen)

.....  
Überweisender Arzt/ Zahnarzt                      Hausarzt                      Hauszahnarzt

.....  
Krankenkasse                      Beruf und Arbeitgeber

### Bitte ankreuzen, wie Sie versichert sind:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche Versicherung (GKV) | <input type="checkbox"/> Private Versicherung (PKV)  |
| <input type="checkbox"/> Privat und beihilfeberechtigt  | <input type="checkbox"/> Basistarif                  |
| <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung         | <input type="checkbox"/> stationär privatversichert  |
| <input type="checkbox"/> Selbstzahler                   | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert (GKV) |

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von.....  Überweiser     Internet     Bekannte

- Keine Änderungen seit letzter Aufnahme  
(Nur ankreuzen, wenn Sie bereits Patient bei uns sind!)

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie den Termin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeitszeit in Rechnung gestellt wird (§ 304, § 615 BGB).

### Einwilligungserklärung

Möchten Sie, daß wir Sie alle 6 Monate an die nächste Kontrolluntersuchung erinnern?     Ja     Nein

Wenn ja, benötigen wir Ihre **E-Mail-Adresse**: .....

Dürfen wir Sie per SMS an Ihre Termine erinnern?

Wenn ja, benötigen wir Ihre **Mobilfunk Nummer**: .....

(Sie können diese Einwilligungserklärung ohne Angaben von Gründen jederzeit widerrufen)

.....  
Ort                      Datum                      Unterschrift Patient/ in ggf. gesetzl. Vertreter/ in

**BITTE WENDEN →**



## Anamnese zu Vorerkrankungen

Haben Sie anhaltende Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Herz- und/ oder Kreislaufbeschwerden (Rhythmusstörung, Infarkt, Schlaganfall etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Organtransplantat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Bluterkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Gerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie einen Blutverdünner ein (ASS, Xarelto, Eliquis, Marcumar, Heparin)? Wenn ja, welchen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Ohnmachtsneigung, niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeiten (generelle Überempfindlichkeiten)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Asthma?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Magen-, Darmerkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Gelbsucht (Hepatitis A, B, C)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine HIV-Infektion, Tuberkulose oder sonstige chronische Infektionskrankheiten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie sonstige Krankheiten (Leber, Niere, Zentrales Nervensystem) wegen der Sie in ärztlicher Behandlung sind? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie zur Blutwäsche/ Dialyse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? Bitte Medikamentenplan vorlegen!	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie mit Bisphosphonaten (Medikamente bei Knochenmetastasen oder Osteoporose) behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Drogen (inkl. Cannabis)? Lag ein Konsum in den letzten 2 Wochen vor? Wenn ja, wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie bekannte Zahnfleischerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ergänzungen:	

Hinweis: Unsere Patienteninformation zum Datenschutz mit Kontaktdaten hängt in den Wartezimmern und an den Anmeldungen aus!

Ort

Datum

Unterschrift Patient/ in ggf. gesetzt. Vertreter/ in



### **Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

für die Weitergabe von Unterlagen an die weiterbehandelnden Zahnärztinnen/ Zahnärzte, Ärztinnen/ Ärzte

Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_,

wohnhaft in \_\_\_\_\_,

die Ärzte der Gemeinschaftspraxis MKG Solitude

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine zahnärztlichen und ärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle, etc.) an die weiterbehandelnden Zahnärztinnen/ Zahnärzte und Ärztinnen und Ärzte, übersandt werden.

Ich erkläre mich des Weiteren damit einverstanden, dass meine Zahnärztinnen/ Zahnärzte und Ärztinnen und Ärzte der/dem oben genannten weiterbehandelnde Zahnärztinnen/ Zahnärzte und Ärztinnen und Ärzte auf Anforderung weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung erteilt.

---

Ort

Datum

Unterschrift Patient/ in ggf. gesetzl. Vertreter/ in