

# ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

## REGISTRATION FORM WITH ANAMNESIS

ALLE VON IHNEN GEMachten ANGABEN UNTERLIEGEN SELBSTVERSTÄNDLICH DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPLICHT!  
ALL PARTICULARS PARTICIPATED BY YOUR SUBSTANCES OF THE DIRECT SUBSTANCES!

Patient:

*Patient:*

Name / Surname

Vorname / Name

Geburtsdatum / Date of birth

Adresse:

*Address:*

Straße / Street

Nr. / Number

PLZ / ZIP Code

Ort / City

Krankenkasse:

*Health insurance:*

Beruf:

*Job:*

Mailadresse:

*E-Mail:*

Tel. Privat:

*Phone number:*

Ich bin auf die Praxis aufmerksam geworden durch?

*I've become aware of the clinic through?*

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn Ja, welche?

*Do you regularly take medication? Which?*

Bestehen gesundheitliche Risiken oder Krankheiten?

*Are there any health risks or diseases?*

☐ Ja ☐ Nein  
*Yes No*

Wenn Ja, welche?

*Which?*

Haben Sie Zahnschmerzen?

*Do you have toothache?*

☐ Ja ☐ Nein  
*Yes No*

Blutet Ihr Zahnfleisch?

*Bleeding of the gums*

☐ Ja ☐ Nein  
*Yes No*

Sind Ihre Zähne gelockert?

*Are your teeth loosened?*

☐ Ja ☐ Nein  
*Yes No*

Kiefergelenksprobleme?

*Pain in the mandibular joint?*

☐ Ja ☐ Nein  
*Yes No*

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

*Do / did you have any of these diseases?*

a) Asthma

*Asthma*

☐ Ja ☐ Nein  
*Yes No*

b) Rheuma

*Rheumatism*

☐ Ja ☐ Nein  
*Yes No*

c) Diabetis, Zuckerkrankheit

*Diabetis*

☐ Ja ☐ Nein  
*Yes No*

d) Leberkrankheit, Gelbsucht

*Liver disorder*

☐ Ja ☐ Nein  
*Yes No*

e) Hepatitis B oder C

*Hepatitis B or C*

☐ Ja ☐ Nein  
*Yes No*

f) HIV-Infektion

*HIV-Infection*

☐ Ja ☐ Nein  
*Yes No*

Haben Sie allergische Reaktionen wie Heuschnupfen oder auf Penicillin etc.?

*Do you have allergies?*

☐ Ja ☐ Nein  
*Yes No*

Wenn Ja, worauf reagieren Sie allergisch?

*If yes, what are you allergic to?*

Haben sie Bluthoch- oder Niederdruck?

*High / low blood pressure?*

☐ Nein ☐ hoher Blutdruck ☐ niedriger Blutdruck  
*No High blood pressure Low blood pressure*

Schlaganfall, Lähmung (ggf. wann)

*Stroke, paralysis*

☐ Ja, wann ☐ Nein  
*Yes, when No*

Herzinfarkt (ggf. wann)

*Heart attack*

☐ Ja, wann ☐ Nein  
*Yes, when No*

# ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

## REGISTRATION FORM WITH ANAMNESIS

Möchten Sie an Kontroll- oder Prophylaxe Termine erinnert werden?  
*Would you like to be reminded of control or prophylaxis dates?*

☐ Ja ☐ Nein  
*Yes No*

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich?  
*When was Your last X-ray in the head area?*

Leiden Sie unter Bluterkrankungen? Wenn Ja, welche?  
*Do you suffer from blood disorders? Which?*

Wie oft rauchen Sie?  
*How often do you smoke?*

Wie oft trinken Sie Alkohol?  
*How often do you drink alcohol?*

Wie oft nehmen Sie Drogen?  
*How often do you take drugs?*

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  
*Is there currently a pregnancy?*

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ungewiss  
*Yes — Week No Uncertain*

Haben Sie weitere Fragen die Sie mit uns besprechen möchten? Gerne nehmen wir uns die Zeit für Sie:  
*Do you have any further questions you would like to discuss with us? We are happy to take the time for you:*

Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben und spätere Änderungen dem zahnärztlichen Fachpersonal umgehend mitzuteilen.  
*I assure you that I have provided all information to the best of my knowledge and that I will notify the dentist immediately of any subsequent changes.*

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum) / (Place and date)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift) / (Signature)

## Einwilligungserklärung

### Agreement

Hiermit willige ich ein, dass das zahnärztliche Fachpersonal meine persönlichen Kontaktdaten (Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse) benutzen darf, um mich telefonisch, schriftlich und per E-Mail zwecks Terminvergabe, Terminierung und Briefverkehr kontaktieren zu können. Ich willige auch ein, dass meine Rechnungen an die Abrechnungsdienstleistungstellen und meine zahntechnischen Arbeiten an das Labor weitergegeben werden und auch dort meine personenbezogenen Daten verarbeitet werden können (Anfertigung von Arbeiten und Rechnungslegung).  
*Herewith I agree, that my dentist may use my personal contact data (name, address, phone number and E-mail address), to contact me by telephone, in writing and by e-mail for the purpose of appointment assignment etc. I also agree, that my invoices to the billing service points and my dental-technical works can be transmitted to the dental technician and my personal data can be processed there also.*

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum) / (Place and date)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift) / (Signature)