



SPEZIALISTEN
PRAXIS FUER MUND
GESUNDHEIT

mund.gerecht

A 1180 WIEN, WEIMARER STR. 5/21, TEL +43 (0)1 924 53 05, OFFICE@MUNDGERECHT.AT

WWW.MUNDGERECHT.AT

ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

Name Vorname

Geburtsdatum Beruf

Adresse

Tel erreichbar E-Mail

Krankenkasse

besteht eine Zusatzversicherung? ja nein

Wenn ja, welche:

Sofern Sie nicht selbst Versicherungsmitglied sind, wer ist Versicherte/r?

Name/ Vorname/ Geburtsdatum

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Was ist Ihr Anliegen?

ANGABEN ZUR ALLGEMEINGESUNDHEIT

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? ja nein

Hatten Sie in letzter Zeit einen Spitalsaufenthalt? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche?

Haben Sie eine Allergie? ja nein

Welche?

- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
- Sind Sie Träger einer Infektionskrankheit? ja nein
z.B. *Hepatitis, HIV, TBC, ...*
- Bluten Sie lange nach Verletzungen? ja nein
- Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Mittel? ja nein
z.B. *Marcoumar, Sintrom, Aspirin, Thrombo-Ass, ...*
- Haben/Hatten Sie eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems? ja nein
z.B. *Herzinfarkt, Angina pectoris, Rhythmusstörung, Herzfehler, Klappenersatz, Blutdruck, ...*
- Tragen sie einen Herzschrittmacher? ja nein
- Haben Sie eine Erkrankung im Blut-bildenden System oder der Blutgefäße? ja nein
z.B. *Leukämie, Lymphom, Agranulozytose, Anämie, Hämophilie, ... Durchblutungstörungen, Venenleiden, Thrombosen, ...*
- Haben Sie eine Atemwegserkrankung? ja nein
z.B. *Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Tumor, ...*
- Haben Sie eine Erkrankung der Verdauungsorgane? ja nein
z.B. *Leber, Magen-Darm, Bauchspeicheldrüse, ...*
- Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung? ja nein
z.B. *Gicht, Nebenniere, Schilddrüse, ...*
- Haben Sie Diabetes? ja nein
Insulinpflichtig? ja nein
- Haben Sie eine Erkrankung des Nervensystems? ja nein
z.B. *Schlaganfall, Epilepsie, MS, ...*
- Haben Sie ein psychisches Leiden? ja nein
z.B. *Angst, Depression, Schizophrenie, Neurose, ...*
- Haben Sie eine Erkrankung der Niere, Harnblase oder Prostata? ja nein
z.B. *Entzündung, Tumor, ...*
- Haben Sie eine rheumatische Erkrankung? ja nein
- Haben Sie eine Autoimmunerkrankung? ja nein
z.B. *Lupus, Dermatomyositis, Sklerodermie,...*
- Haben Sie eine hormonelle Erkrankung? ja nein
- Haben Sie eine Erkrankung des Bewegungsapparates? ja nein
- Haben Sie eine Erkrankung der Augen? z.B. Glaukom, ... ja nein
- Sie sind Nichtraucher Ex-Raucher (*seit*)
 Raucher (*..... Zig./Tag; seit Jahren*)

ANGABEN ZUR MUNDGESUNDHEIT

- Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein
- Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein
- Haben Sie Kiefergelenksprobleme/ Gesichtsschmerzen? ja nein
- Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein
- Lassen Sie regelmäßige Zahnreinigungen durchführen? ja nein
- Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung und was wurde gemacht?

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Wir bitten Sie, uns zu informieren, wenn sich Ihre Daten ändern. Bitte berücksichtigen Sie, dass Ihre Fahrtüchtigkeit nach einer örtlichen Betäubung beeinträchtigt ist. Wir bitten um Ihre Kooperation für einen optimalen Betreuungsablauf. Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, so früh wie möglich – spätestens jedoch 24h vorher – ab, damit wir die Termine anderen Patienten zur Verfügung stellen können. Bei nächster Gelegenheit kann diese Möglichkeit auch Ihnen zugute kommen. Es gelten unsere AGB.

Ich bestätige, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENT