



## ANMELDEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient! Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig in **DRUCKBUCHSTABEN** aus und geben Sie ihn an der Anmeldung ab. Ihre hier gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie sich gerne an uns wenden.

---

### IHRE PERSÖNLICHEN DATEN

Name

Vorname

Geburtsdatum und -ort

Straße

Postleitzahl

Ort

E-Mail Privat

Telefon Privat

Mobil

Beruf

Arbeitgeber

Telefon dienstlich

Hausarzt

Ort

Telefon

---

### IHRE VERSICHERUNG

Krankenversicherung

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Standardtarif

Zusatzversicherung

Beihilfeberechtigt

Basistarif

---

### IHRE ZAHNMEDIZINISCHE HISTORIE

Von welchem Zahnarzt wurden Sie zuletzt betreut? \_\_\_\_\_

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich aufgenommen? \_\_\_\_\_

---

### WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

Im Vorbeigehen

Internet

Facebook

Persönliche Empfehlung – von wem:

Überweisender Arzt:

Sonstiges:

## IHRE GESUNDHEITSSITUATION

<b>Allgemeine Krankheiten:</b>	JA	NEIN	EVT.	<b>Infektionskrankheiten:</b>	JA	NEIN	EVT.	<b>Nehmen Sie Medikamente ein?</b>
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Herzmedikamente: → (z.B. Beta-Blocker, Ramipril, Nifedipin):
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cortison:
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige:				_____
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____				<input type="radio"/> Schmerzmittel: → (z.B. Ibuprofen, Paracetamol):
Herzerkrankungen → wenn ja, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Rauchen Sie?</b> → wenn ja, seit wann und wieviel:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____				_____				<input type="radio"/> Antidepressiva:
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Für unsere Patientinnen:</b> Nehmen Sie die Pille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente → (z.B. ASS, Marcumar, Heparin):
Rheumatische Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie schwanger? → wenn ja, welche Woche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Allergien → wenn ja, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____				<input type="radio"/> Sonstige:
_____				_____				_____
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>								

## IHRE MUNDGESUNDHEITSSITUATION

**Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchung      | <input type="radio"/> Implantologie            | <input type="radio"/> Zahnärztliche Schlafmedizin       |
| <input type="radio"/> Professionelle Prophylaxe | <input type="radio"/> Kiefergelenkbehandlungen | <input type="radio"/> Kieferorthopädie (für Erwachsene) |
| <input type="radio"/> Laserzahnheilkunde        | <input type="radio"/> zweite Meinung           |   |

	JA	NEIN	EVT.
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blut beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich professionell gereinigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie an Ihre Vorsorge zu erinnern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Benachrichtigung per: <input type="radio"/> SMS <input type="radio"/> E-Mail <input type="radio"/> Brief			

Unsere Praxis ist eine reine Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert.

**Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.**

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt

**NIEDERQUELL &  
NIEDERQUELL**  
Zahnärzte

**PRAXISINHABER**  
Dr. med. dent.  
Cyril Niederquell MSc

**ADRESSE**  
Am Kniep 22  
34497 Korbach

**TEL** +49 5631 60400  
**FAX** +49 5631 60405  
**MAIL** praxis@niederquell.info