



zahnärztliche gemeinschaftspraxis

dr. fiedler & dr. helbing

krähenberg 46

31135 hildesheim

05121-7458920

-prophylaxezentrum hildesheim-

Anmeldung | Anamnese I

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Bevor wir mit der zahnärztlichen Behandlung beginnen können, benötigen wir ihre Personalien und Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Patient/-in

Name Vorname geb.

Mitglied

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Haus-Nr. Telefon

Postleitzahl Ort

eMail Mobil

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse

Mitgliedsnummer

Anamnese I

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja o nein o
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Nehmen sie regelmäßig Medikamente? Welche? _____

Bestehen Allergien? ja o nein o
Wenn ja welche? _____

Nehmen sie blutverdünnende Mittel? ja o nein o
Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja o nein o
Rauchen Sie? ja o nein o
Besteht eine Schwangerschaft? ja o nein o
Besteht eine Suchtkrankheit? ja o nein o

Hatten /haben Sie folgende Krankheiten?

Asthma	ja o	nein o
Diabetes	ja o	nein o
Rheuma	ja o	nein o
HIV- Infektion	ja o	nein o
Bluterkrankung	ja o	nein o
Blutgerinnungsstörung	ja o	nein o
Hepatitis A / B / C	ja o	nein o
Epilepsie	ja o	nein o
Nehmen Sie Bisphosphonate?	ja o	nein o
Wünschen Sie eine örtliche Betäubung?	ja o	nein o
Haben Sie einen Röntgenpass?	ja o	nein o
Haben Sie ein Bonusheft?	ja o	nein o
Name des Hausarztes		

Wünschen Sie		
eine Routinekontrolle?	ja o	nein o
eine Schmerzbehandlung?	ja o	nein o
eine gründliche Untersuchung und Behandlung der Befunde	ja o	nein o
einen neuen Zahnersatz	ja o	nein o
eine Beratung (Zahnersatz, Implantologie, Parodontologie)	ja o	nein o

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen möglichst frühzeitig ab, d. h. spätestens 24 Stunden vorher.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift Patient/- in