



## Zahnarztpraxis Isabell Seitz

Zahnärztin Isabell Stix-Seitz und Zahnärztin Sabine Kolling (Angestellte Zahnärztin)  
Bleigässchen 12 · 86150 Augsburg · Telefon: 0821-65099399 · Telefax: 0821-65099398  
[www.seitz-zahnarztpraxis.de](http://www.seitz-zahnarztpraxis.de) · [smile@seitz-zahnarztpraxis.de](mailto:smile@seitz-zahnarztpraxis.de)

### Anmeldebogen mit Anamnese (Erwachsene)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (EU DSGVO) sehr ernst. Unsere detaillierte Datenschutzinformation liegt in unserer Praxis für Sie zur Information aus. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

#### Patient

m  w  d

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

E-Mail privat \_\_\_\_\_

#### Telefonnummern

Privat \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Geschäftlich \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber, Ort \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie überwiesen worden?

ja  nein

Wenn ja, von wem?

\_\_\_\_\_

#### Wer ist Hauptversicherter?

m  w  d

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

#### Wer soll die Rechnung erhalten?

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

ja  nein

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Pflichtversichert  ja  nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

ja  nein

Haben Sie ein Bonusheft?

ja  nein



### Bestehen gesundheitliche Risiken?

z.B.: künstliches Knie- oder Hüftgelenk, Stent, Bypass-Operation, künstliche Herzklappe, Herzfehler, Herztransplantation:

Wenn ja, welche?

---

Leiden Sie an einer Allergie?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung?  ja  nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?  ja  nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen?  ja  nein

Haben Sie Diabetes?  ja  nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?  ja  nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?  ja  nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?  ja  nein

HIV  Hepatitis B  Hepatitis C

Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Haben Sie eine Nierenerkrankung?  ja  nein

Leiden Sie unter Migräne?  ja  nein

Haben Sie grünen Star?  ja  nein

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?  ja  nein

Wenn ja, wann?

---

Rauchen Sie?  ja  nein

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche?

---

### Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung  ja  nein

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor?

---

Haben Sie Zahnschmerzen?  ja  nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?  ja  nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  ja  nein

Sind Ihre Zähne gelockert?  ja  nein

Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk?  ja  nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk?  ja  nein

Besitzen Sie einen Implantatausweis?  ja  nein

Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate eine Röntgenuntersuchung beim Zahnarzt?  ja  nein

Welcher Zahnarzt?

---

Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten?  ja  nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?  ja  nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein

Interessieren Sie sich für Zahnaufhellende

Maßnahmen (Bleaching)?  ja  nein

Möchten Sie darüber eine Beratung?  ja  nein

### An regelmäßige Vorsorgetermine möchte ich erinnert werden – gilt nicht für überwiesene Patienten

per Brief

per E-Mail

per Telefonanruf

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und stimme den Datenschutzbestimmungen zu.  
Überwiesene Patienten: Hiermit entbinde ich die Zahnarztpraxis Isabell Seitz der Schweigepflichtentbindung gegenüber der überweisenden Zahnarztpraxis. Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden. Es dürfen Röntgenbilder/ Arztberichte angefordert oder übersandt werden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_