



ANMELDEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass wir Sie in unserer Praxis begrüßen dürfen. Um Ihnen unnötige Wartezeit ersparen zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen möglichst vor Ihrem Termin gewissenhaft und vollständig auszufüllen und mitzubringen oder uns vorab zuzusenden. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben werden von uns ggf. auch elektronisch gespeichert und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

Postleitzahl/Stadt: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Name des Versicherten: _____

Name des Zahlungspflichtigen: _____

Ihre Krankenkasse / private Krankenversicherung:

Gesetzlich versichert Privat versichert Basistarif Zusatzversicherung

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte/Verwandte: _____

Internet: Praxis-Homepage Google

Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____

Sonstiges: _____

Mir ist bekannt, dass die Privatpraxis für umfassende Medizin Arezu Dezfuli eine Privatpraxis ist und die ärztlichen Leistungen nach den Regeln der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden. In besonderen Fällen kann der übliche Rechnungsfaktor von 2,3 auch bis zu 3,5 betragen. Den von meiner privaten Krankenversicherung nicht erstatteten Anteil trage ich selbst.

Die Rechnung wird nach jeder Behandlung ausgestellt und ist auch sofort mit EC-Karte und Geheimzahl, gegebenenfalls auch bar, zu bezahlen.

Bitte sagen Sie einen Termin möglichst 24 Stunden vorher ab.

Ich erkenne hiermit an, dass mir bei einem unentschuldigtem Nichteinhalten eines Termins ein Verdienstausschlag von € 60,- in Rechnung gestellt wird.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift



KRANKENGESCHICHTE

1. Erkrankungen in der Familie

	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zucker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (Asthma etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bösartiger Tumor (Krebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	_____		

Mutter verstorben wann? _____ Alter? _____ woran? _____

Vater verstorben wann? _____ Alter? _____ woran? _____

Geschwister verstorben wann? _____ Alter? _____ woran? _____

2. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie häufiger?

	Name	Dosierung
Schmerzmittel	_____	_____
Schlafmittel	_____	_____
Beruhigungsmittel	_____	_____
Herz-Kreislaufmittel	_____	_____
Antibiotika	_____	_____
Zytostatika	_____	_____
Cortison	_____	_____
Pille/Hormone	_____	_____
Sonstige	_____	_____

3. Welche Impfungen wurden gemacht? (Bitte mit Altersangabe)

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Typhus | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Tollwut |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Tbc | <input type="checkbox"/> FSME |



KRANKENGESCHICHTE

4. Unfälle und deren Folgen (Bitte mit Altersangabe)

5. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Ja Nein Seit wann? _____

6. Sind Sie HIV (AIDS) positiv?

Ja Nein Seit wann? _____

7. Treiben Sie Sport?

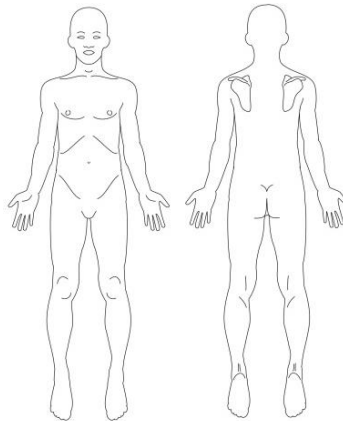
Ja Nein Seit wann? _____

Welche Sportart: _____

8. Welche Operationen haben Sie durchgemacht? (Bitte mit Altersangabe)

Mandeln Kieferhöhlen Parodontose
 Blinddarm Ohren Gallenblase
 Magen Darm Unterleib
 Zähne Sonstige: _____

9. Haben Sie Narben? (Bitte in das Schema einzeichnen)



10. Sind oder waren Sie Raucher?

Ja Seit wann? _____ Nein Aufgehört Seit wann? _____

11. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

12. Welchen Beruf üben Sie aus?

Haben Sie hierbei Umgang mit besonderen Materialien?

Atmen Sie hierbei chemische Dämpfe, Stäube ein? Ja Nein



KRANKENGESCHICHTE

13. Mit welchen Haustieren haben oder hatten Sie Umgang?

Wurden die Tiere geimpft? Ja Nein Keine Ahnung

Wenn ja, wogegen? _____

14. Fühlen Sie sich oft schlapp, energielos? Ja Nein Seit wann? _____

15. Fühlen Sie sich zu einer bestimmten Tageszeit besonders schlecht?

Ja Nein Uhrzeit: _____

16. Wachen Sie zu einer bestimmten Nachtzeit regelmäßig auf?

Ja Nein Uhrzeit: _____

17. Wachen Sie nachts häufig auf? Ja Nein Uhrzeit: _____

18. Haben Sie Allergien? Ja Nein Keine Ahnung

Wenn ja, welcher Art? _____

19. Welche Nahrungsmittel essen Sie besonders gern und oft?

20. Welche Nahrungsmittel- oder Genussmittel reagiert Ihr Organismus ungewöhnlich?

Wie ist die Reaktion? _____

21. Hatten Sie als Kleinkind Milchschorf? Ja Nein im Alter: _____

22. Welche Kinderkrankheiten hatten Sie in welchem Alter?

Mumps (mit ___ Jahren) Windpocken (mit ___ Jahren) Scharlach (mit ___ Jahren)

Masern (mit ___ Jahren) Keuchhusten (mit ___ Jahren) Röteln (mit ___ Jahren)

Sonstige _____

23. Ihre Weisheitszähne sind

a) Sind oder waren verlagert?

rechts oben rechts unten links unten links oben

b) Sind bereits entfernt worden?

rechts oben rechts unten links unten links oben

c) In welchem Alter wurden sie entfernt?

rechts oben ___ rechts unten ___ links unten ___ links oben ___

d) Gab es Wundheilungsstörungen?

rechts oben rechts unten links unten links oben

24. Haben Sie andere Nichtanlagen im Gebiss, z. B. Prothesen, Brücken, wurzelentfernte Zähne?

BRINGEN SIE BITTE LEIHWEISE DIE AKTUELLSTEN RÖNTGEN-BILDER VON IHREM ZAHNARZT MIT. WICHTIG!



KRANKENGESCHICHTE

25. War die Heilung bei anderen Zahntfernungen oder Kieferoperationen beeinträchtigt?

- Ja Nein

Wenn ja, in welchen Kieferabschnitten? _____

26. Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?

- Ja Nein

Wenn ja, in welchen Kieferabschnitten? _____

27. Haben Sie Veränderungen in der Mundhöhle beobachtet?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Zungenbrennen | <input type="checkbox"/> Zahnfleischwund |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> weißer Belag | <input type="checkbox"/> Zahnfleischschmerz |
| <input type="checkbox"/> Zahnwanderung | <input type="checkbox"/> Lippen-Herpes | <input type="checkbox"/> Zahnlockerung |
| <input type="checkbox"/> wunde Punkte | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

28. Haben Sie Schmerzen im Bereich?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule | <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule | <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Sprunggelenk | <input type="checkbox"/> Kniegelenk | <input type="checkbox"/> Hüftgelenk |
| <input type="checkbox"/> Kreuzbein | <input type="checkbox"/> Ellenbogen | <input type="checkbox"/> Schulter |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

29. Liegen hormonelle Störungen vor?

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nebenniere | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Nebenschilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Hypophyse | <input type="checkbox"/> Ovarien | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse |
| <input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

30. Wann hatten Sie das letzte Mal Fieber? Im Alter von: _____

31. Leiden Sie unter Kopfschmerz?

- einseitig mehr rechts beidseitig mehr links

Wie oft? _____ Wie lang anhaltend? _____ Stunden/ _____ Tage

32. Haben oder hatten Sie Mykosen (Pilze)? Ja Nein

33. Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden? (Bitte Alter angeben)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nierenrückenschmerzen ____ | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden ____ | <input type="checkbox"/> Blasenstein ____ |
| <input type="checkbox"/> Nierenentzündung ____ | <input type="checkbox"/> Blasensteine ____ | <input type="checkbox"/> Nierensteine ____ |
| <input type="checkbox"/> Harnwegsentzündung ____ | <input type="checkbox"/> vermehrter Harndrang ____ | <input type="checkbox"/> Reizblase ____ |
| <input type="checkbox"/> plötzliches Herzrasen ____ | <input type="checkbox"/> Stechen i.d. Brust ____ | <input type="checkbox"/> Herzklopfen ____ |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen ____ | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck ____ | <input type="checkbox"/> Herzstolpern ____ |
| <input type="checkbox"/> Herzschmerz ____ | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck ____ | <input type="checkbox"/> Schwindel ____ |
| <input type="checkbox"/> Engegefühl i.d. Brust ____ | <input type="checkbox"/> Angina pectoris ____ | <input type="checkbox"/> Ohnmacht ____ |
| <input type="checkbox"/> Gallenblasenbeschwerden ____ | <input type="checkbox"/> Gallenstein ____ | <input type="checkbox"/> Fettleber ____ |
| <input type="checkbox"/> sonst. Lebererkrankungen ____ | <input type="checkbox"/> Gallenkolik ____ | <input type="checkbox"/> Gelbsucht ____ |



KRANKENGESCHICHTE

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden ____ | <input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe ____ | <input type="checkbox"/> Durchfälle ____ |
| <input type="checkbox"/> Blinddarmreizung ____ | <input type="checkbox"/> Verstopfung ____ | <input type="checkbox"/> Blähungen ____ |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit ____ | <input type="checkbox"/> Heißhunger ____ | <input type="checkbox"/> Erbrechen ____ |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen ____ | <input type="checkbox"/> Völlegefühl ____ | <input type="checkbox"/> Aufstoßen ____ |
| <input type="checkbox"/> Reflux ____ | <input type="checkbox"/> blut., juck. Leberflecke ____ | <input type="checkbox"/> Hautflecken ____ |
| <input type="checkbox"/> Akne ____ | <input type="checkbox"/> Juckende Haut ____ | <input type="checkbox"/> Haarausfall ____ |
| <input type="checkbox"/> Warzen ____ | <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit ____ | <input type="checkbox"/> Ohrenschmerzen ____ |
| <input type="checkbox"/> Doppelbilder ____ | <input type="checkbox"/> Sehkraftverschlechterung ____ | <input type="checkbox"/> Rötungen an Augen ____ |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen ____ | <input type="checkbox"/> Schleier vor den Augen ____ | <input type="checkbox"/> Augenflimmern ____ |
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündung ____ | <input type="checkbox"/> häufig Schnupfen ____ | <input type="checkbox"/> Bronchitis ____ |
| <input type="checkbox"/> dauernd Heiserkeit ____ | <input type="checkbox"/> Reizhusten ____ | <input type="checkbox"/> Asthma ____ |
| <input type="checkbox"/> schlechte Wundheilung ____ | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen ____ | <input type="checkbox"/> Krampfadern ____ |
| <input type="checkbox"/> häufig blaue Flecken ____ | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung ____ | <input type="checkbox"/> Thrombose ____ |
| <input type="checkbox"/> Hodenentzündung ____ | <input type="checkbox"/> Impotenz ____ | <input type="checkbox"/> Sterilität ____ |
| <input type="checkbox"/> Prostataleiden ____ | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen ____ | <input type="checkbox"/> Depressionen ____ |
| <input type="checkbox"/> Kopfleere ____ | <input type="checkbox"/> Angstgefühle ____ | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit ____ |
| <input type="checkbox"/> Migräne ____ | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß ____ | <input type="checkbox"/> Alpträume ____ |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkschmerzen ____ | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkknacken ____ | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen ____ |
| <input type="checkbox"/> Stirnhöhlenentzündung ____ | <input type="checkbox"/> Kieferhöhlenentzündung ____ | <input type="checkbox"/> Zähnepressen ____ |

34. Bitte schildern Sie ausführlich Ihre aktuellen Beschwerden (WICHTIG!)

35. Umweltbefragung

1) Besitzen Sie ein Handy?

Ja

Nein

2) Befinden sich in der Nähe Ihrer Wohnung?

Tankstellen

Chemische Reinigung

Hauptverkehrsstraße

Hochspannungsleitungen

Bundesbahnleitung

Fernsehturm (bis 2 km)

Funkturm

Krematorium

Mülldeponie



KRANKENGESCHICHTE

3) Haben Sie in Ihrer Wohnung?

- Heizung Gas Öl Elektro Nachtspeicher Fußbodenheizung
 Halogenlicht Innenraumdämmung feuchte Zonen (Keller, Wände)
 Hochflorteppich Ledergarnitur/Alcantara furnierte Möbel/IKEA Möbel
 Metallbettgestell Federkernmatratze Elektrische Heizdecke Wasserbett
 Radiowecker Spiegel Fernseher HiFi Stereo-Geräte
 Haustiere Katzen Hunde Vögel Sonstiges: _____

4) Wechseln Sie ständig Autos, z.B. Dienstwagen? Ja Nein

NUR FÜR FRAUEN

36. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein Monat: _____

37. Nehmen Sie die Pille?

- Ja Nein Spirale Sterilisation

38. Wie viele Geburten hatten Sie schon? ___ Jahr ___ Jahr ___ Jahr ___ Jahr

39. Wie ging es Ihnen während der Schwangerschaften? _____

40. Hatten Sie Fehlgeburten? Ja Nein Monat: _____

41. Haben oder hatten Sie einen von der Norm abweichenden Zyklus? Ja Nein

42. Erste Regelblutung? Alter: _____

43. Menopause? Alter: _____

44. Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden? (Bitte Alter angeben)

- Eierstockentzündung ___ Eileiterentzündung ___ Eierstockzysten ___
 Gebärmutterentzündung ___ Pilzbefall d. Scheide ___