

## Zahnärzte Ruck – Anmeldeformular

Dr. Anne Ruck  
Dr. Siegfried Ruck M.Sc.  
Eisenmannstraße 4  
80331 München  
Tel.: (089) 263431  
Fax: (089) 264624  
www.zahnaerzte-ruck.de  
info@zahnaerzte-ruck.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, nehmen Sie sich bitte einen Moment Zeit, diesen Anmeldebogen zu beantworten. Er ist Bestandteil Ihrer Karteikarte, unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und dient dazu, Sie und Ihre Wünsche und Bedürfnisse kennen zu lernen.

### Patient

.....  
Name Vorname geb.  
.....  
PLZ/Ort Straße/Hausnummer Telefon  
.....  
Mobil E-Mail

### Versicherter (bitte ausfüllen, falls abweichend von Patient)

.....  
Name Vorname geb.  
.....  
PLZ/Ort Straße/Hausnummer Telefon  
.....  
Mobil E-Mail  
.....  
Beruf Arbeitgeber

### Krankenkasse/Versicherung

Freiwillig versichert  zusätzlich versichert  Beihilfeberechtigt

## Zahnärzte Ruck – Anmeldeformular Seite 2

### Allgemeiner Gesundheitszustand

Hausarzt/Facharzt (Name/Adresse/Telefon) \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Herz-/Kreislaufkrankungen?  ja  nein \_\_\_\_\_

Blutdruck  niedrig  normal  hoch

Herzschrittmacher  ja  nein

Herzklappenfehler/Herzklappenprothese  ja  nein

Endocarditisprophylaxe mit Antibiotika nötig  ja  nein

Blutgerinnungsstörungen  ja  nein

Nehmen Sie Medikamente die die Blutgerinnung hemmen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV/AIDS usw.)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergien, Überempfindlichkeiten  ja  nein

Wenn ja, welche (Medikamente/Materialien)? \_\_\_\_\_

Allergiepass?  ja  nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein

Schilddrüsenerkrankungen  ja  nein

Nierenerkrankungen  ja  nein

Lungenerkrankungen/Asthma  ja  nein

Skelett/Knochenerkrankungen  ja  nein \_\_\_\_\_

Wurden oder werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt  ja  nein

Wenn ja, welches Präparat? \_\_\_\_\_ Sonstige

Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein welcher Monat? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag  ja  nein \_\_\_\_\_

### Zahn – Mund –Kiefer

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches – haben Sie ein besonderes Anliegen?  
\_\_\_\_\_

Wurden Sie empfohlen? Durch: \_\_\_\_\_

Zahnfleischbluten (Rückgang)  ja  nein

Kiefergelenksbeschwerden (Geräusche o.ä.)  ja  nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?  ja  nein

