



DR. MED. DENT.

RHENA BUTROS

# ANMELDUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich Willkommen in meiner Praxis. Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Wir behandeln Ihre Daten entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht absolut vertraulich. Um eine umfassende Diagnose erstellen zu können, benötigen wir alle Angaben. Herzlichen Dank.

PATIENT		NOTIZEN
Name / Vorname	Geb.	
KONTAKTDATEN		
Straße		
PLZ / Ort		
Tel.	Mobil	
E-Mail		
ARBEITGEBER / BERUF		
Beruf	Arbeitgeber	
Tel.	Mobil	
KRANKENKASSE		
Name der Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	
<input type="checkbox"/> Privat versichert		
<input type="checkbox"/> voll versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif	
HAUSARZT	VERSICHERTER	
Name	Name	
Straße	Straße	
PLZ / Ort	PLZ / Ort	
WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?		
<input type="checkbox"/> Empfehlung von	<input type="checkbox"/> Internet	
<input type="checkbox"/> Werbung	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
DER GRUND MEINES KOMMENS?		
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Kontrolle	
<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Wir bitten Sie dringend, uns von einem vorgesehenen Behandlungstermin, den Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Std. vorher in Kenntnis zu setzen. Bei nicht rechtzeitiger Terminabsage sind wir gezwungen eine Honorarausfallgebühr in Höhe von € 50,00 zu erheben. Danke für Ihr Verständnis.

DIE SCHWANGERSCHAFT WAR:			ERKRANKUNG WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT			ANTWORT	
Normal	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
DIE GEBURT WAR							
Normal	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Erschwert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Sectio	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Zange oder Saugglocke	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
GESTILLT?							
Wie lange?						<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
WELCHE GEWOHNHEITEN LIEGEN VOR?							
Schnuller	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Daumen- / Fingerlutschen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Zungengewohnheiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Lippen- / Wangenbeißen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Knirschen oder Pressen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Nägelkauen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
WELCHE KINDERKRANKHEITEN WURDEN DURCHGEMACHT?							
Masern	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Röteln	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Mumps	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Scharlach	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Windpocken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Diphtherie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Andere	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
WIE IST DIE ERNÄHRUNGSWEISE?							
Vollwertig biologisch						<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Mischkost						<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Andere						<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
WIE IST DIE VERDAUUNG?							
Gut / Normal						<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Häufig Durchfall						<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Häufig Verstopfung						<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
WIE IST DIE ATMUNG?							
Nase	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Mund	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Bauch	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Brust	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Tief	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Flach	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
WIE IST DER SCHLAF?							
Ruhig	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Unruhig	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Tief	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Träume	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
SCHLAFSEITE?							
Rücken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Seite	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Bauch	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja					
ALTERSGERECHTE BEWEGUNG							
						<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
SPORT							
Welchen?						<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

ICH WAR IN DEN LETZTEN JAHREN IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG		ANTWORT	
wenn ja, weshalb:		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH NEHME REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE			
wenn ja, welche:		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH HABE EINE ÜBEREMPFINDLICHKEIT GEGEN FOLGENDE MEDIKAMENTE			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
REAKTION AUF BETÄUBUNGSSPRITZEN			
wenn ja, welche:		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH HABE EINE UNVERTRÄGLICHKEIT / ALLERGIE GEGEN			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH HABE EINEN ALLERGIEPASS	ICH BESITZE EINEN RÖNTGENPASS		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
ICH WURDE ZULETZT GERÖNTGT VOR			
Monaten	Welcher Körperteil?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH BIN INFIZIERT HIV / AIDS			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH HABE / HATTE EINE HEPATITIS / GELBSUCHT			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH HABE / HATTE ANDERE INFEKTIONSKRANKHEITEN			
wenn ja, welche:		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH BIN SCHWANGER	ICH HABE KOPF / NACKENSCHMERZEN		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja      SSW	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
HABE / HATTE KREBS	ICH HABE MAGEN / DARM BESCHWERDEN		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
ICH HABE ANGST	ICH HABE NIEREN / BLASENERKRANKUNGEN		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
ICH HABE HERZKREISLAUFERKRANKUNGEN RESP. DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH HABE / HATTE EINE LEBER / GALLENERKRANKUNG			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH HABE / HATTE EINE LUNGENERKRANKUNG			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH HABE EINE BLUTKRANKHEIT / BLUTUNGSNEIGUNG			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH HABE DIABETES			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH HABE EINE SCHILDDRÜSENERKRANKUNG			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH HABE EIN NERVENLEIDEN / EPILEPSIE			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH HATTE OPERATIONEN			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ICH HATTE EINEN UNFALL			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

ICH HABE KOPF-, NACKEN- ODER RÜCKENSCHMERZEN?		ANTWORT	
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
STRESS?			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
SCHULE / BERUF			
FAMILIENVERHÄLTNISSE			
IMPFSTATUS			
GEOPATHISCHE BELASTUNGEN / ELEKTROSMOG			
MUNDHYGIENE?			
Gut	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Mittel <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Schlecht	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
ZAHNFLEISCHBLUTEN			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Hiermit versichere ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß sind:

Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten