

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben.

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir sie beide Seiten des Anmeldebogens vollständig auszufüllen.

Für eine risikofreie Behandlung benötigen wir die Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Informieren Sie uns bitte, wenn Sie gesundheitliche Probleme haben und geben Sie uns auch bei späteren Änderungen umgehend Bescheid.

Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen.

Alle Angabe unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

ANMELDUNG

PATIENT

Name _____

Vorname/Titel _____

Geburtsdatum _____

VERSICHERTER

(Eltern, Ehegatten)

Name _____

Vorname/Titel _____

Geburtsdatum _____

ANSCHRIFT

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefon Privat _____

Telefon Geschäftlich _____

Handy _____

BERUF

ARBEITGEBER

HAUSARZT

KRANKENKASSE

VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

- Gesetzlich versichert
 Private Zusatzversicherung
 Private Krankenkasse
 Private Krankenkasse / mit Basistarif
 Beihilfe berechtigt

GRUND MEINES ZAHNARZTBESUCHS

- Kontrolluntersuchung
 Zahnschmerzen
 Zahnlockerung
 Zahnfehlstellung
 Zahnfleischbluten
 Mundgeruch
 Kiefergelenksprobleme
 Zähneknirschen
 Probleme mit Zahnersatz
 Neuer Zahnersatz
 Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
 Sonstiges _____

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS GEKOMMEN?

- Empfehlung durch _____
 Internet
 Gelbe Seiten
 Sonstiges _____

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren, das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell still steht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Deshalb bitten wir Sie herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

- Haben Sie einen Medikamentenpass? Nein Ja
- Medikamente zu Blutgerinnung
Wenn ja, welche? Marcumar Herz-ASS Sonstige _____
- Ist bei Ihnen eine Endokarditis-Prophylaxe notwendig? Nein Ja
- Sonstige Medikamente _____
- Haben Sie einen Allergiepass? Nein Ja
- Besteht eine Überempfindlichkeit / Allergie gegen Medikamente oder Materialien? (z.B. Penicillin / Aspirin / Metalle / Latex)

Sind Sie Raucher? Nein Ja Wenn ja, welche Menge pro Tag _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Nein Ja Wenn ja, vorr. Entbindungstermin _____

Erkrankungen

- Haben Sie Herzerkrankungen oder Kreislaufprobleme?
 Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck Herzfehler Herzklappenersatz
 Endokarditis Herz- OP Herzschrittmacher Herzrhythmusstörung
 Herzinfarkt Schlaganfall Sonstige _____
- Sind bei zahnärztlichen oder chirurgischen Behandlungen bzw. durch Verletzungen länger anhaltende Blutungen aufgetreten? Nein Ja
- Leiden Sie an einer Stoffwechselkrankheit?
 Zuckerkrankung/Diabetes Schilddrüsenüberfunktion Schilddrüsenunterfunktion
 Sonstiges _____
- Haben Sie eine Lungenerkrankung? Asthma Sonstiges _____
- Haben Sie eine Nervenerkrankung? Depressionen/ Psychosen Sonstiges _____
- Haben Sie eine Lebererkrankung? _____
- Haben Sie eine Nierenerkrankung? _____
- Haben Sie eine Tumorerkrankung? _____
- Rheuma Epilepsie Magen- Darm- Erkrankung
- Haben oder Hatten Sie eine Infektionserkrankung?
 Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis A, B, C....) _____ Tuberkulose HIV/ Aids Sonstige _____
- Haben Sie Osteoporose? Nein Ja,
- Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Nein Ja,
- Ohnmachtsneigung? Nein Ja,
- Wann sind Sie zuletzt im Kiefer-/ Zahnbereich geröntgt worden? _____
- Haben Sie eine Pflegegradeinstufung? Nein Ja, Grad _____

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr Bonusheft und Ihre Krankenversichertenkarte mit.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!
Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

Datum, Unterschrift