

Anmeldung

Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Bitte füllen Sie beide Seiten dieses Bogens vor der Behandlung vollständig aus, damit wir Sie in Ihrem Sinne komplikationslos behandeln können.

Patient

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße/Hausnummer _____
PLZ/Ort _____

Telefon

Privat _____ Handy _____

E-Mail

versichert über Ehepartner Vater/Mutter

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____

Falls Student, Soldat, 2. Wohnsitz oder bevorstehendem Umzug, bitte hier die Adresse eintragen:

Straße/Hausnummer _____
PLZ/Ort/Telefon _____

Krankenkasse _____

Sonstiger Zahnarzt (wichtig bei Vertretung und Überweisung) _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____ Tel. dienstl. _____

Ich bin durch _____ auf Ihre Praxis aufmerksam gemacht worden.

Möchten Sie regelmäßig an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden (Recall-System)?

Ja: einmal im Jahr halbjährig per E-Mail per Post
 per SMS an Telefonnummer: _____

Nein

Bitte wenden →

Behandlungswünsche

Grund des Zahnarztbesuches _____

Besonders wünsche ich _____

Ich wünsche eine spezielle Beratung in folgenden Themen:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Professionelle Zahnreinigung, Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> z. Zeit nicht |
| Amalgam - Entfernung und Alternativen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> z. Zeit nicht |
| Kiefergelenksbehandlung bei Knacken o. Knirschen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> z. Zeit nicht |
| Ästhetische Zahnheilkunde | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> z. Zeit nicht |
| Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> z. Zeit nicht |
| Zahnfleischerkrankungen - Parodontitis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> z. Zeit nicht |
| Implantate | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> z. Zeit nicht |
| Zahnsperre - Kieferorthopädie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> z. Zeit nicht |
| Sonstiges _____ | | | |

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand!

Ihr Antworten sind wichtig, um mögliche Risiken bei der Behandlung und Medikation zu vermeiden.

	Ja	Nein	Bemerkungen
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?			
Wann war Ihre letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?			
Besteht eine Schwangerschaft?			Woche:
Rauchen Sie?			Zigaretten/Tag:
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (ASS, Marcumar...)?			Welche?
Nehmen Sie sonstige Medikamente?			Welche?
Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?			

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Allergien			Welche?
Unverträglichkeit bestimmter Medikamente (z.B. Penicillin-Allergie)			Welche?
Diabetes (Insulinpflichtig)			Typ?
Atemwegserkrankungen (Asthma, chron. Bronchitis, TBC,...)			
Blutgerinnungsstörungen oder sonst. Bluterkrankungen			
Erkrankungen des Herzens (Infarkt, Schrittmacher, Herzklappenfehler)			
Erhöhter oder erniedrigter Blutdruck?			
Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV,...)			
Krebsleiden? Tumore?			
Behandlung mit Bisphosphonaten?			
Sonstige Erkrankungen?			

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien, sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann. Ebenfalls möchten wir Sie darauf hinweisen, dass bei unentschuldigtem Nichterscheinen zu einem Termin die ausgefallene Zeit in Rechnung gestellt werden kann.

Unterschrift

Datum