

Anmeldung

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir mit einer zahnmedizinischen Behandlung beginnen können, benötigen wir neben Ihren persönlichen Angaben auch Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name Vorname geb.

Straße, Hausnummer PLZ / Ort

Telefon oder (Arbeitsstelle)

E-Mail Adresse

Beruf Arbeitgeber

Krankenkasse / Krankenversicherung

Versicherter

Name Vorname geb.

Straße PLZ / Ort

Arbeitgeber

Wir führen unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten.
Wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen sie bitte spätestens 24 Stunden vorher ab.



Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- a) Asthma (schwere Atemnot) ja nein
 b) Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen ja nein
 c) Unverträglichkeit von Medikamenten ja nein

ggf. welche? _____

- d) Blutdruck niedrig normal hoch
 e) Herzinfarkt Schlaganfall Lähmungen nein
 e) Gelbsucht Leberkrankheit HIV-Infektion nein
 g) Zuckerkrankheit ja nein
 h) Rheuma ja nein
 i) Bluterkrankungen Blutgerinnungsstörungen nein
 2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher ? ja nein
 3. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein
 4. Schnarchen Sie? ja nein
 5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

ggf. welche? _____

6. Besteht eine Schwangerschaft? ungewiss ja nein
 7. Sonstige Angaben / andere Krankheiten? _____
 8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung berücksichtigen?

Beratungswunsch

- | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Weißer Zähne (Bleaching) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnästhetik | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Zahnfarbende Füllungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | | | Zahnfleischbehandlung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | | | Implantate / Implantatversorgung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges _____

Möchten Sie am Recall-Dienst unserer Praxis teilnehmen? ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum _____

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten _____