

Anmeldung

Willkommen in unserer Praxis!



Für Ihre individuelle Behandlung benötigen wir einige Angaben von Ihnen, die wir nachfolgend erfragen. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und nach bestem Wissen. Alle Angaben auf diesem Befundbogen unterliegen ebenso wie alle Behandlungsangaben der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Patient

.....
Vorname, Name

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Geburtsdatum Beruf

.....
Telefon

.....
Handy

.....
E-Mail

.....
Krankenkasse

O Gesetzlich O Zusatzversicherung
O Privat

Versicherter (falls abweichend)

.....
Vorname, Name

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Geburtsdatum

Hausarzt

.....
Name

.....
Anschrift

.....
Telefon (falls vorhanden)

Haben Sie Interesse an einer der folgenden Leistungen?

- Professionelle Zahnreinigung
- Bleaching
- Andere, und zwar:

Gibt es etwas, daß Sie an Ihren Zähnen stört?

Was ist Ihnen besonders wichtig? Was erwarten Sie von uns?

Möchten Sie kostenfrei an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

- Ja, per E-Mail Ja, per Brief
- Ja, per SMS

Möchten Sie kostenfrei an vereinbarte Termine erinnert werden?

- Ja, per SMS

.....
Datum, Unterschrift

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wir bitten um Ihr Verständnis, sollte es einmal zu Verzögerungen kommen. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen möglichst frühzeitig abzusagen.

Anamnese

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen!

Herz / Kreislauf

Kreislaufbeschwerden Ja Nein
Hoher Blutdruck Ja Nein
Niedriger Blutdruck Ja Nein
Angina pectoris / Brustenge Ja Nein
Herzinfarkt Ja Nein
Herzrhythmusstörungen Ja Nein
Herzschwäche (Herzinsuffizienz) Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein

Gefäße

Schlaganfall Ja Nein
Durchblutungsstörungen Ja Nein
Arteriosklerose/Gefäßverkalkung Ja Nein

Blut

Bluterkrankungen Ja Nein
Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Leber

Lebererkrankung Ja Nein
Hepatitis A / B / C Ja Nein

Nieren

Nierenerkrankung Ja Nein
Dialysepflichtigkeit Ja Nein

Magen / Darm

Magen- / Darmerkrankung Ja Nein
Sodbrennen / Refluxkrankheit Ja Nein

Stoffwechsel

Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Allergie

Allergiepass Ja Nein
Metalle, z.B. Nickel Ja Nein
Latex, z.B. Gummihandschuhe Ja Nein
Medikamente Ja Nein

Skelettsystem

Rückenbeschwerden Ja Nein
Bandscheibenbeschwerden Ja Nein
Osteoporose Ja Nein
Rheuma Ja Nein

Atemwege / Lunge

Asthma Ja Nein
chronische Bronchitis Ja Nein

Nerven / Gemüt

Krampfanfälle (Epilepsie) Ja Nein
Depressionen Ja Nein
Angstzustände Ja Nein

Kopf

Grüner Star Ja Nein
Migräne Ja Nein
Kopfschmerzen Ja Nein
Nackenschmerzen Ja Nein
Kiefergelenkbeschwerden Ja Nein
Knirschen Ja Nein
Würgereiz Ja Nein

Immunschwäche

HIV / AIDS Ja Nein

Tumorerkrankungen

Chemo- / Strahlentherapie Ja Nein
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Ja Nein

Andere Erkrankungen oder Behinderungen?

Wenn ja, welche? Ja Nein

.....

Nur Frauen: Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

Ja Nein

Dauerhaft oder in den letzten Tagen z.B. Aspirin, ASS, Marcumar, Ticlopidin oder Chlopidogrel. Wenn ja, welche?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? Ja Nein

.....

.....

.....

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen einige Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluß von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem Informationsstand gemacht habe.

.....
Datum, Unterschrift