

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:

.....

.....
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Praxisschild

Homepage / Internet

Empfehlung durch Freunde / Bekannte

Branchenbuch / Telefonbuch

Gezielte Suche

Zufällig

.....
Möchten Sie kostenfrei an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

Ja, per E-Mail Ja, per Anruf

Ja, per SMS Ja, per Brief

.....
Möchten Sie kostenfrei an vereinbarte Termine erinnert werden?

Ja, per E-Mail

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