

ANMELDEFORMULAR

FÜR IHREN ERSTEN BESUCH IN UNSERER PRAXIS

 SEITE 1 VON 2

Name, Vorname (Patient)	Geburtsdatum
Versicherter (Eltern / Ehegatte)	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ / Ort
Telefon privat	Telefon geschäftlich
Handy	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber

Versicherungsstatus

- Private Krankenversicherung. Wenn ja, welche: _____
- Beihilfeberechtigt Basistarif
- Gesetzlich versichert _____ Freiwillig gesetzlich versichert _____
- Private Zusatzversicherung. Wenn ja, welche? _____
- Abweichende Rechnungsadresse an _____

Was führt Sie zu uns? Ihr Hauptanliegen?

- Überweisung von Zahnarzt / Hausarzt (Name und Anschrift) _____
- Empfehlung von _____ Sonstiges _____

>> Teilen Sie uns spätere Änderungen in Ihren Angaben bitte umgehend mit.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, vereinbarte Behandlungszeiten sind ausschließlich für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, vereinbarte Termine pünktlich einzuhalten und bei Verhinderung, wenn möglich, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir im Falle eines unentschuldigsten Nicht-Erscheinens zum vereinbarten Termin analog BUGO-Z 35,00 Euro pro halbe Stunde in Rechnung stellen müssen.

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen:

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit / Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann durch die Behandlung an sich oder durch die in der Regel verabreichte Lokalanästhesie oder andere Medikationen bedingt sein.

Dem Einholen von fachübergreifenden Informationen bei ärztlichen / zahnärztliche Kollegen stimme ich bei. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit Ihrer Angaben in diesem Anmeldebogen und Ihr Einverständnis mit den oben aufgeführten Informationen.

Vielen Dank!

Datum / Unterschrift _____

ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

SEITE 2 VON 2

Krankheiten, Allergien und die Einnahme von bestimmten Medikamenten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Gesundheitsbogen sorgfältig aus, nur so können wir Ihre Behandlung darauf abstimmen. Bitte bringen Sie zu Ihrer ersten Behandlung, falls vorhanden, Ihren Allergiepass und Ihre Medikamenteneinnahmeliste mit. Bei aktuellen Änderungen Ihres Gesundheitszustandes informieren Sie uns bitte umgehend vor jeglicher zahnärztlichen Behandlung.

Hatten/haben Sie folgenden Erkrankungen:

- Herzinfarkt**
Wenn ja, wann? _____
- Schlaganfall**
Wenn ja, wann? _____
- Herzklappendefekt/ künstliche Herzklappe**
Wenn ja, was? _____
- Angina Pectoris / Stents / Bypass**
Wenn ja, was? _____
- Blutdruck** hoch normal niedrig
- Endokarditis / Herzmuskelschwäche**
- Herzschrittmacher**
- Hepatitis**
Wenn ja, welche? A B C
- Tuberkulose**
- HIV-positiv**
- Allergien**
Wenn ja, welche? _____
- Diabetes**
- Magen-Darm-Erkrankungen**
- Depressionen / Psychosen**
- Epileptische Anfallsleiden**
- Lungenerkrankungen**
Wenn ja, welche? _____
- Krebserkrankungen**
Wenn ja? Strahlenbehandlung Chemotherapie
- Blutgerinnungsstörungen**
Wenn ja, welche? _____

 Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein:

 Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

Wenn ja, wieviel? _____

 Sind Sie schwanger?

Wenn ja, im welchem Monat? _____

 Sonstiges? _____

Zahnärztliche Anamnese:

Grund meines Zahnarztbesuches:

- Routinekontrolle** **Schmerzbehandlung**
- Überweisung** **Zahnlockerung**
- Probleme mit Zahnersatz** **Zahnfleischbluten**
- Zweite Meinung**
- Kiefergelenksprobleme / Zähneknirschen**
- Unverträglichkeitsreaktionen auf zahnärztliche Medikamente oder Spritzen?**
Wenn ja, was? _____
- Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?**
Wenn ja, welche? _____
- Wurden Ihre Zähne innerhalb des vergangenen Jahres geröntgt?**
Wenn ja, wann? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten zu. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum / Unterschrift _____