

Anmeldung

Patient: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Geburtsname _____ Geburtsort _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Telefon privat _____

Handynummer _____ E-Mail _____ Telefon beruflich _____

Versicherter: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Telefon _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Nein Ja, und zwar für: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? Nein Ja

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Durch wen wurden Sie empfohlen?

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Karies- und Zahnfleischprophylaxe

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbe-
handlung Ihres Kauorgans?

Zahnfarbene Füllungen

Wünschen Sie nur eine Behandlung der
z. Z. vorhandenen Beschwerden?

Ästhetische Zahnheilkunde

Parodontitisbehandlung

Implantate

Feste Zähne

Kiefergelenksbehandlung

**Termine, die ich nicht einhalten kann,
werde ich spätestens 24 Stunden vorher
absagen, da ansonsten die entstandenen
Kosten in Rechnung gestellt werden
können.**

Ich bin damit einverstanden, dass ich an meinen Prophylaxetermin per SMS erinnert werde.
Das Einverständnis auf Erinnerung gilt bis auf Widerruf, es besteht allerdings kein Anspruch darauf.

Handynummer: _____

Ja, Ich möchte eine Erinnerung

Nein, ich möchte keine Erinnerung

Anamnese/ Gesundheitsfragen

JA

NEIN

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Tragen sie ein künstliches Gelenk (Endoprothese)? _____

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten/ Mundgeruch?

Hatten oder haben sie eine der folgenden Erkrankungen?

Asthma, Atemnot

Herz-Kreislaufkrankung
Welche:

Haben Sie einen Herzpass?

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, Tbc)

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Osteoporose

Rheuma

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Blutgerinnungsstörungen/ Blutverdünnung

Haben sie Allergien/Unverträglichkeiten?
Welche:

Haben Sie einen Allergiepass?

Haben oder hatten sie eine bösartige Erkrankung?
Welche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
Welche:

Haben Sie einen Medikamentenplan?

Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten am Tag? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Stillen Sie?

Teilen Sie bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat. Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen!

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxisnachfolger weitergegeben werden.

Ja, Ich bin einverstanden

Nein, ich bin nicht einverstanden