

Anmeldung

Ihre Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____

Tel. privat: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Ihre Krankenversicherungsdaten(zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen):

gesetzlich versichert bei: _____

private Zahnzusatzversicherung: _____

privatversichert: _____

Ihre persönlichen Gesundheitsfragen (zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen):

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz-/ Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/-künstliche Herzklappenersatz | |
| <input type="checkbox"/> hoher/ niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung / blutverdünnende Medikamente | |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Hepatitis A,B,C | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden(z.B. Epilepsie, Migräne) | | |

Liegen Allergien oder Überempfindlichkeiten gegen bestimmte Medikamente vor? Wenn ja welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Liegen sonstige Allgemeinerkrankungen vor? Wenn ja, welche?

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja welche Woche?

Was ist der Grund ihres Besuchs bzw. haben Sie einen Beratungswunsch? (zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Routineuntersuchung | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnfleischprobleme |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> empfindliche Zähne | <input type="checkbox"/> Mundgeruch |
| <input type="checkbox"/> Amalgamausleitung | <input type="checkbox"/> Zahnimplantate | <input type="checkbox"/> Zahnlockerung |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Aufhellung Ihrer Zähne | |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Geräusche in den Kiefergelenken, knirschen oder pressen Sie? | | |
| <input type="checkbox"/> mein Heilpraktiker hat Sie empfohlen | | |
| <input type="checkbox"/> Ganzheitliche Untersuchung | | |



Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? (zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen):

Angst vor der zahnmedizinischen Eingriffen
 Würgereiz

Schmerzempfindlichkeit
 sonstiges:

Was können wir für Sie tun, damit Sie sich besonders wohl bei uns fühlen, bzw. was haben Sie beim Zahnarztbesuch bisher vermisst?

Liegen aktuelle Röntgenbilder Ihrer Zähne / Kiefers vor? Wenn ja, wann wurden diese Aufnahmen von welchem Kollegen angefertigt?

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung?

Wurde bei Ihnen schon mal eine „Parodontosebehandlung“ durchgeführt? Wenn ja, wann?

Ihr Hausarzt? Name: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Ihr Heilpraktiker: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden, bzw. wer hat uns empfohlen?

Möchten Sie durch unseren Service „Recall“ an Ihre nächste Untersuchung erinnert werden?

Ja Nein

Wir sind eine Bestellpraxis und versuchen die Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten. Sollte es Ihnen nicht möglich sein Ihren Termin einzuhalten, möchten wir Sie bitten, diesen 24 Stunden vorher abzusagen. Bei wiederholtem, unentschuldigtem Nichteinhalten Ihres Termins behalten wir uns vor, Ihnen eine Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und Daten. Ich bin mit der oben genannten Regelung einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift des Patienten:

