

Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

damit wir uns in Diagnose und Behandlung besser auf Sie einstellen können, hier einige Fragen. Sollten Sie mit der einen oder anderen Frage nicht zurechtkommen, helfen wir Ihnen gerne weiter. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam N55

Persönliche Angaben

Name _____ Vorname _____ Geschlecht m w

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon (privat) _____ Handy _____

Telefon (geschäftlich) _____ Beruf _____

Geburtsdatum _____ Arbeitgeber _____

E-Mail _____ @ _____

Krankenkasse _____

gesetzlich privat (Basistarif) privat beihilfeberechtigt

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Erinnerung an Kontrolltermine

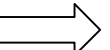
Möchten Sie durch eine Postkarte/E-Mail an Ihre Kontrolltermine erinnert werden? ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zeitungsanzeige Empfehlung von _____

Internet Praxisschild

Praxisflyer Sonstiges _____

bitte wenden 

Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

Fühlen Sie sich gesundheitlich wohl? ja nein

Nehmen Sie Medikamente? ja nein Wenn ja, welche: _____

Haben Sie Allergien? ja nein Wenn ja, welche: _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? _____

Haus-/Facharzt _____

Bei Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, welche Woche? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z. B. Marcumar, ASS) ein? ja nein

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Aids (HIV) ja nein Herz-/Kreislaufleiden ja nein

Arthritis ja nein Osteoporose ja nein

Asthma ja nein Rheuma ja nein

Bluthochdruck ja nein Schilddrüsenerkrankung ja nein

Diabetes ja nein Schlaganfall ja nein

Epilepsie ja nein Tuberkulose ja nein

Grüner Star ja nein Verdauungsprobleme ja nein

Hepatitis/Gelbsucht ja nein Sonstiges _____

Herzinfarkt ja nein _____

Angaben zur zahnmedizinischen Gesundheit

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

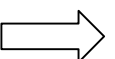
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

bitte wenden



Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung im Kopf-/Kieferbereich statt? _____

Wie häufig putzen Sie Ihre Zähne? _____ x täglich

Welche Art von Zahnbürste benutzen Sie? Handzahnbürste
 elektrische Zahnbürste

Benutzen Sie Zahnseide? ja nein

Benutzen Sie Zwischenraumbürstchen? ja nein

Besondere Leistungen

Möchten Sie über unser Prophylaxeprogramm informiert werden? ja nein

Möchten Sie über implantologische Möglichkeiten informiert werden? ja nein

Anästhetika - Betäubungsmittel

Eine Zahnbehandlung kann manchmal schmerzhaft werden. Falls wir mit Ihrer Einwilligung ein Anästhetikum spritzen müssen, beachten Sie bitte folgendes:

- Bis zum Abklingen der Wirkung kann Ihre Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein!
- Wenn Sie in betäubtem Zustand essen, kann es zu Zahn- oder Schleimhautverletzungen kommen!

Wichtige Informationen

- Alle gegebenen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift (Patient/Erziehungsberechtigter)