

Anmeldung

Patient

Frau Herr Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Versicherter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Anschrift

Straße, Hausnr.

Postleitzahl, Ort

Privat-Tel.

Dienstl.-Tel.

Mobiltel.

E-Mail

Krankenkasse

Privatversicherung

Sehr geehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

unsere Zahnarztpraxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dadurch können wir sicherstellen, dass nur in Ausnahmefällen geringe Wartezeiten zu verzeichnen sind. Das bedeutet aber auch, dass Sie, sollten Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen. Anderenfalls kann Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB). Des Weiteren bitten wir Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sowie Adressänderungen mitzuteilen.

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen:

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja _____ nein
2. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja _____ nein
3. Wurde eine der folgenden Krankheiten bei Ihnen diagnostiziert:
- a) Asthma (schwere Atemnot), Heuschnupfen ja _____ nein
- b) Allergische Reaktionen
(z.B. Unverträglichkeit von Medikamenten) ja _____ nein
- c) Hoher/niedriger Blutdruck ja _____ nein
- d) Schlaganfall, Lähmungen ja _____ nein
- e) Herzinfarkt (Medikamente zur Zeit) ja _____ nein
- f) Infektionskrankheiten (Tbc, Hepatitis B, Aids, o.Ä.) ja _____ nein
- g) Schilddrüsenerkrankung ja _____ nein
- h) Gelbsucht, Leberkrankheiten ja _____ nein
- i) Zuckerkrankheit (Diabetes) ja _____ nein
- j) Rheuma ja _____ nein
4. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? ja _____ nein
5. Bestehen zur Zeit andere Krankheiten?
Wenn ja, welche? ja _____ nein
6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? ja _____ nein
7. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____
8. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja _____ Woche ungewiss nein
9. Sonstige Angaben: _____

Bitte nennen Sie uns nachfolgend Ihre Behandlungswünsche. Wünschen Sie Informationen über ganzheitliche Behandlungsmethoden?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum

Unterschrift

Ich bitte Sie, mich in Ihren bestehenden Erinnerungsservice (Recall) zur Zahn-, Gesundheitsvorsorge aufzunehmen.

Datum

Unterschrift