

ANMELDEFORMULAR

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, werden elektronisch gespeichert und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Wir führen unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Reservierte, aber nicht rechtzeitig (spätestens 24 Stunden) vorher freigegebene Behandlungszeiten können Ihnen in Rechnung gestellt werden. Es gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen nach der LZK BW.

Patient:

Name: _____ Adresse: _____ Telefon: _____
 Vorname: _____ PLZ: _____ Mobil: _____
 geb. am: _____ Ort: _____ Tel. gesch.: _____
 Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich beihilfeberechtigt privat privat Standardtarif privat ohne Faktorbegrenzung

Zahlungspflichtiger / Versicherter (falls Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind):

Name: _____ Adresse: _____
 Vorname: _____ PLZ: _____
 geb. am: _____ Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____ Adresse: _____

Von wem wurde unsere Praxis empfohlen? _____

Was ist Ihr **Hauptanliegen**? _____

Überweisung f. Implantation Überweisung f. Wurzelkanalbeh. Aussehen d. Zähne Karies Probleme mit vorhandener Versorgung
 Zahnfleischprobleme Verletzungen

Vor der Behandlung bitten wir Sie uns kurz einige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten:

Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? ja nein
 Haben Sie jemals ungewöhnlich auf Spritzen oder Medikamente reagiert? ja nein
 Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? ja nein
 Sind jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen aufgetreten? ja nein
 Rauchen Sie? ja nein Besteht eine Schwangerschaft? ja, im _____ Monat nein

Bestehen oder bestanden bei Ihnen die folgenden Krankheiten / Beschwerden / Befunde?:

Herzerkrankung Endokarditisrisiko Nierenerkrankung Krampfleiden
 Hoher Blutdruck Zuckerkrankheit Biphosphonattherapie Schlaganfall
 Niedriger Blutdruck Lebererkrankung Immunschwäche (AIDS) Lungenerkrankung (Asthma)
 Herzschrittmacher Magen-/Darmerkrankung Nervenerkrankung
 Blutungsneigung Schilddrüsenerkrankung Rheuma

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____

Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____ Wann sind Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt worden? _____

Datum: _____

Unterschrift: _____