



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Patient

Versicherter

Bitte nur ausfüllen, falls Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind.

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon privat: _____
 Mobil: _____
 E-Mail: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber: _____
 Telefon beruflich: _____
 Krankenkasse: _____
 Sind Sie Beihilfeberechtigt? ja nein
 Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein
 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____
 Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon privat: _____
 Mobil: _____
 E-Mail: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber: _____
 Telefon beruflich: _____

Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Krankheiten/Beschwerden/Befunde?

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Immunschwäche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche? z. B. AIDS, HIV, Hepatitis A,B,C	_____
Sind Sie Raucher ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wie viele Zigaretten ca.?	Stck./Tag _____
Lungenerkrankung z. B. Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Creutzfeldt-Jakob o. Variante _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzkrankung: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen: _____		Allergien: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Waren Sie vor kurzem oder sind Sie in ärztlicher Behandlung? ja nein
 wenn ja, welche Fachrichtung? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
 Wenn ja welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Im _____ Monat ja nein

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf? ja nein

Benötigen Sie die prophylaktische Einnahme von Antibiotika vor medizinischen Eingriffen? (**Endokartitisprophylaxe**) ja nein

Gibt es aktuelle Röntgenaufnahmen?
(nicht älter als 2 Jahre) ja nein

Welche zahnmedizinischen Probleme liegen vor bzw. welche Erkrankungen befürchten Sie?

Kontrolltermin ja nein Karies ja nein

Zahnschmerzen ja nein Aussehen der Zähne ja nein

Zahnfleischprobleme ja nein Probleme mit der vorhandenen ja nein

Kiefergelenkschmerzen ja nein Versorgung ja nein

Sonstiges: _____

Weshalb suchen Sie uns auf? Was ist Ihr Hauptanliegen? _____

Alle Angaben wurden nach bestem Gewissen von mir beantwortet und ausgefüllt.

Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen mind. 48 Std. vor Behandlungsbeginn abgesagt werden.

Vereinbarung:

Ich werde in meiner Bestellpraxis für Sie und Ihre Behandlung Termine freihalten. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne mich darüber rechtzeitig zu informieren, können dadurch erhebliche finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten entstehen. In diesen Fall wird Ihnen daher das Honorar für die im Behandlungstermin vorgesehenen Leistungen privat in Rechnung gestellt werden.

Unterschrift _____
(Zahnarzt)

Ich bin mit der oben genannten Regelung einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____
(Patient)