

Patientenanmeldebogen

Patientenname: _____ Vorname: _____

geb.: _____ Telefon: _____

Handy-Nr.:(unbedingt eintragen) _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Versichertenname: _____ Vorname: _____

geb.: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____



freiwillig versichert ? Ja Nein zusätzlich versichert ? Ja Nein

beihilfeberechtigt ? Ja Nein PKV-Standardtarif ? Ja Nein

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein ? _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein

Herzoperation Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein

Schmerzmittel (welches?) _____ Ja Nein

Antibiotika (welches?) _____ Ja Nein

andere: _____

Weitere Erkrankungen:

Blutungsneigung, Gerinnungsstörung (z.B. Marcumareinnahme) Ja Nein

Asthma Ja Nein

Lungenerkrankung Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Nierenfunktionsstörungen Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Ohnmachtsneigung Ja Nein

andere: _____

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Drogenkonsum Ja Nein

Alkoholgenuss Ja Nein Wenn ja, selten oft regelmäßig

Raucher Ja Nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag

Besteht eine Schwangerschaft ? Ja Nein Monat: _____

Tragen Sie Zahnersatz (festsitzend, herausnehmbar) Nein seit wann ? _____

Waren Sie jemals in kieferorthopädischer Behandlung _____ Ja Nein

Leiden Sie an Zahnfleischbluten _____ Ja Nein

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke, Kaumuskulatur, Nackenmuskulatur ? _____ Ja Nein

Wann war die letzte Röntgenaufnahme im Mund-/Kieferbereich? _____

Sind Sie an Vorsorgemaßnahmen zur Gesunderhaltung von Zähnen und Zahnfleisch interessiert ? _____ Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam, wer hat uns empfohlen ? _____

Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem „Recall“ erinnern wir Sie gerne halbjährlich mit einer Postkarte an Ihre Vorsorgeuntersuchung.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ich möchte mit einer Postkarte an meinen halbjährlichen Kontrolltermin erinnert werden.

Ich möchte **nicht** an meinen halbjährlichen Kontrolltermin erinnert werden.

–Jeder in der Praxis vergebene Termin wird ausschließlich für Sie reserviert, wenn Sie einen Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher absagen, kann die für Sie freigehaltene Zeit in Rechnung gestellt werden.

–Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

–Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle auftretenden Änderungen zu informieren.

–Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen und die beiliegenden Informationen zum Datenschutz nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung DSGVO gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Datum: _____ Unterschrift _____