

ANMELDUNG

Patient: Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon/Telefax

Versicherter: Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon/Telefax

Krankenkasse / Krankenversicherung

Sind Sie **freiwillig** versichert? *) ja nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

***) Freiwillig Versicherten und deren Angehörigen erstattet die Krankenkasse die Behandlungskosten gegen Rechnung. Das kann vorteilhaft sein. Sprechen Sie mit uns!**

Beruf Arbeitgeber Telefon/Telefax

Durch wen wurden Sie empfohlen?

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung
Ihres Kauorgans?

Wünschen Sie nur eine Behandlung der z.Z.
vorhandenen Beschwerden?

- Karies- und Parodontoseprophylaxe
- Zahnfarbene Füllungen
- Goldfüllungen
- Versorgung mit Zahnersatz
- Amalgamalternativen
- Parodontosebehandlung
- Professionelle Zahnreinigung
- kosmetisch/ästhetische Zahnbehandlung
- Bleichen von Zähnen (Bleaching)
- Laserbehandlung
- Implantate (künstliche Zahnwurzeln)
-

Sonstiges:

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum,

Unterschrift

ANAMNESE

Für Ihre Behandlungsunterlagen benötigen wir die folgenden Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich wie alle persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches? _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Haben Sie manchmal Kopf- oder Nackenschmerzen?

Hatten Sie schon eine Nasennebenhöhlenentzündung?

Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack?

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Heuschnupfen

Asthma, Atemnot

Ohnmachtsneigung, Schwindelanfälle

Herz-Kreislaufkrankungen

Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankungen

Zuckerkrankheit

Rheuma

Tuberkulose, Lungenkrankheiten

Hoher oder niedriger Blutdruck hoch? niedrig?

Blutgerinnungsstörungen, Blutungsneigung

Haben Sie eine Allergie? Welche? _____

Hatten Sie schon einmal eine Reaktion auf Spritzen? Welche? _____

Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test gemacht? positiv? negativ?

Bestehen andere Erkrankungen? Welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? _____

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? In welcher Schwangerschaftswoche? _____ Woche

Teilen Sie bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat. Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Ich bin damit einverstanden, daß meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxisnachfolger weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift