



Anmeldung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten und Allergien können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Um Risiken zu minimieren, bitten wir Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____ Geburtsort: _____
(Mobil-)Telefon: _____ Email: _____ Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: _____ Hausarzt: _____ Beruf: _____
Hauptversicherter: _____
(bei Familien)

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

	Ja	Nein
Herz- oder Kreislauferkrankungen (z.B. hoher / niedriger Blutdruck)	☐	☐
Herzschrittmacher	☐	☐
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma/Tbc)	☐	☐
Suchterkrankungen	☐	☐
Hirnerkrankungen (z.B. Schlaganfall / Epilepsie)	☐	☐
Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht / Hepatitis A B C D E)	☐	☐
Bluterkrankungen / Blutgerinnungsstörungen	☐	☐
Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐	☐
Rheuma / Gicht	☐	☐
Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen)	☐	☐
Infektionserkrankungen (z.B. HIV+ / AIDS)	☐	☐
Zahnfleischbluten	☐	☐
Andere ernsthafte Erkrankungen _____		

Für Frauen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

keine ☐
ASS ☐
Marcumar ☐
sonstige: _____

Haben Sie Allergien (z.B. Heuschnupfen?)

Organisatorische Fragen:

Besitzen Sie ein Bonusheft? ☐ Ja ☐ Nein Besitzen Sie einen Röntgenpass? ☐ Ja ☐ Nein
Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Dürfen Ihre Daten bei einer evtl. Praxisübergabe oder Vertretung diesem Arzt zur Verfügung gestellt werden? ☐ Ja ☐ Nein

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen.

Des weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten, bzw. mind. 2 Tage vorher abzusagen. Nicht abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

Ich nutze den Service mich über die nächste Vorsorgeuntersuchung schriftlich informieren zu lassen.

Datum

Unterschrift