

Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen auf Vorder- und Rückseite vollständig zu bearbeiten. Alle auf diesem Blatt erhobenen Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihre persönlichen Daten

Patient			
Vorname	Name	geb.	Geburtsort
Versicherter (falls abweichend von Patient)			
Vorname	Name	geb.	
Adressdaten			
Festnetztelefon	Mobiltelefon	Email-Adresse	
Straße		PLZ	Ort
Zur Erreichbarkeit am Arbeitsplatz			
Beruf	Arbeitgeber	Telefon	
Angaben zur Krankenversicherung			
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> gesetzliche Kasse	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	
	<input type="checkbox"/> Privatkasse	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	
Hausarzt		ggf. Facharzt	
Name		Name	

Um Wartezeiten zu vermeiden, führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Bitte vereinbaren Sie deshalb vor einem Besuch einen Termin. Bitte haben Sie Verständnis, wenn es aufgrund von Notfällen dennoch hin und wieder zu Verzögerungen kommen kann. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so teilen Sie uns dies bitte spätestens 24 Stunden vorher mit.

Wenn Sie einen längeren Termin für eine Behandlung vereinbart haben, erinnern wir Sie ca. eine Woche vorher per Post, Email oder SMS an den Behandlungstermin.

Sollten Sie keine Gelegenheit gefunden haben, vor dem Besuch in unserer Praxis Ihre Zähne zu putzen, erhalten Sie gerne an unserem Empfang eine Einmalzahnbürste, um Versäumtes nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Reaktionsfähigkeit nach Anwendung einer lokalen Betäubungsspritze eingeschränkt sein kann.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bei jedem Besuch mit.

Zum Fragebogen zur Gesundheit weiter auf der Rückseite



Fragebogen zur Gesundheit

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen Gesichtsschmerzen

rechts links beidseits

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzklappenfehler ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Herzschrillmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein

Hochgradige Neutropenie ja nein
Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
Organtransplantiert ja nein
Stammzellentransplantiert ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) ja nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?.....

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate? ja nein seit

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein seit

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein seit

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva? ja nein seit

Wurden bei Ihnen Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein Datum:

Ich verpflichte mich, über alle gesundheitlichen Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnarzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
Drogenabhängigkeit ja nein
Nervenerkrankung ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Ohnmachtsanfälle ja nein
Osteoporoseerkrankung ja nein
Raucher ja nein
Rheuma/Arthritis ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Sonstige Erkrankungen: ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Metalle

Sind bei Ihnen bereits in einer anderen Praxis zahnärztliche Röntgenbilder gemacht worden?
Wenn ja, wann?