

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	

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 oder Email 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.

Ganz bequem für Sie:

Erteilen Sie uns Ihre Zustimmung zum Lastschriftverfahren, dann werden fällige Zahlungen 28 Tage nach Rechnungsstellung von Ihrem Girokonto abgebucht. Weitere Informationen erhalten Sie am Empfang.

Zum Fragebogen zur Gesundheit weiter auf der Rückseite



Fragebogen zur Gesundheit

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-/ Kreislauferkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschrittmacher 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. zurzeit?

- 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 größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein Datum:

- 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
- ja nein

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

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

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.

Datum

Unterschrift des Patienten