

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Um Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE DATEN

Name Vorname		Geburtsdatum Geburtsort
Straße Hausnummer		Postleitzahl Ort
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	E-Mail
Beruf	Telefon (geschäftlich)	
Hausarzt (Name Ort)		

VERSICHERUNG

Krankenkasse _____

Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> freiwillig	<input type="checkbox"/> pflichtversichert
Privat versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Standardtarif
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichert? _____

Name Vorname		Geburtsdatum Geburtsort
Straße Hausnummer		Postleitzahl Ort
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	E-Mail

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Internet
 Zeitung | Anzeige
 persönliche Empfehlung
 Sonstiges _____

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

<input type="checkbox"/> Ich leide unter Zahnschmerzen.	<input type="checkbox"/> Ich habe mich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mein Zahnfleisch blutet.	<input type="checkbox"/> Ich bin mit meiner Zahnfarbe zufrieden.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mein Zahnfleisch zieht sich zurück.	<input type="checkbox"/> Ich leide unter Angst vor der Zahnbehandlung.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ich presse oder knirsche mit den Zähnen.	<input type="checkbox"/> Bei mir wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt.	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Fragen oder ein besonderes Anliegen? _____

BITTE WENDEN

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Ich habe heute schon ASS® oder Schmerzmittel genommen.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Lungenerkrankung (Asthma COPD)	<input type="checkbox"/>	Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Herzoperation (Klappenersatz Stent Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	Herz- Kreislauferkrankungen:	<input type="checkbox"/>
Chemotherapie Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	_____	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Leber- Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Endokarditisprophylaxe benötigt	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenveränderungen	<input type="checkbox"/>	HIV AIDS	<input type="checkbox"/>
Operation im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob Varianten CJK	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen Infektionskrankheiten:	<input type="checkbox"/>
Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/>	_____	
Entzündung der Kieferhöhle (Sinusitis)	<input type="checkbox"/>		

Ich nehme blutverdünnende Medikamente ein (z.B. ASS®, Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa®).

Ich nehme Bisphosphonate ein.

Ich nehme sonstige Medikamente ein.

Welche: _____ Ich habe Allergien | Unverträglichkeiten z.B. gegen örtliche Betäubungen, Medikamente, etc..

Ich rauche

Welche: _____
Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?
Monat | Jahr: _____
Bei mir besteht eine Schwangerschaft.

UNSER SERVICE FÜR SIE

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie über halbjährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie Zahnreinigungen zu informieren. Wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

per Post per E-Mail per SMS per Anruf kein Interesse

Wünschen Sie eine Terminerinnerung? Wenn ja, auf welchem Wege?

per SMS per Anruf kein Interesse

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden? Wenn ja, auf welchem Wege?

per Post per E-Mail kein Interesse

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesetzt wurden, ggf. privat berechnen müssen.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr ZAHNECK®- Team