

Anmeldebogen

DAMIT WIR SIE BESSER KENNEN LERNEN KÖNNEN



Zahnarztpraxis
Dr. Reinmuth

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d. h. spätestens 24 Stunden vorher. Ausfallzeiten werden nach § 615 BGB, § 287 ZPO berechnet.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden.

Um Sie medizinisch individuell betreuen zu können, bitten wir Sie um nachfolgende Auskünfte.

Patient

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort

Anschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort	Straße
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon-Nr.	Mobil-Nr.	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	Arbeitgeber	

Krankenkasse

gesetzlich versichert privat versichert

Name der Versicherung

Zahnezusatzversicherung

JA NEIN

Hausarzt

Wann und wo wurden Sie das letzte mal geröntgt?

(Zähne/Hals/Kopfbereich)

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch

Internet Jameda

Sonstiges

Bitte beachten Sie die Folgeseite

Anmeldebogen

DAMIT WIR SIE BESSER KENNEN LERNEN KÖNNEN



Zahnarztpraxis
Dr. Reinmuth

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.
Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. Allgemeine Situation

Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch	ggf. Werte?	<input type="text"/>
Herzinfarkt/Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		ggf. wann?	<input type="text"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Asthma (Atemnot)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
HIV-Infektion/Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Allergische Reaktionen/Unverträglichkeiten von Medikamenten bzw. Materialien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		ggf. welche?	<input type="text"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Augenerkrankung (z.B. Star)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		ggf. welche?	<input type="text"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		ggf. welche Woche?	<input type="text"/>
Sonstige Angaben / andere Krankheiten	<input type="text"/>				
Name Ihres Haus-/Facharztes	<input type="text"/>	Telefonnummer für Rückfragen		<input type="text"/>	

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4 bis 6 Stunden beeinträchtigt sein kann. Zur Betäubung der Zähne kann es in sehr seltenen Fällen zu einer Nervenschädigung oder anderen Komplikationen kommen. In der Regel tritt eine Spontanheilung ein, es verbleibt nur selten eine dauerhafte Gefühllosigkeit.

2. Zahn-Mund-Situation

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Zahnfleischbluten/-rückgang? Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen) oder Kopf / Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie mit der Farbe, Form oder Stellung Ihrer Zähne oder mit Ihrem Lächeln unzufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Möchten Sie in regelmäßigen Abständen an eine Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? (E-Mail)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hiermit bestätige ich, dass ich mit dem Erhalt der Rechnung per E-Mail einverstanden bin.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:	<input type="text"/>	

Wir möchten, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen gerne bei Fragen zur Verfügung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r