



# ANMELDUNG

**PATIENT** .....  
Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

**VERSICHERTER** .....  
Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

**ANSCHRIFT** .....  
Straße ..... PLZ ..... Ort .....

**TELEFON** .....  
privat ..... geschäftlich .....

**E-MAIL** ..... **MOBIL** .....

**PRIVATVERSICHERUNG** .....

**KRANKENKASSE** .....

**BERUF** .....

**FIRMA** .....

## **Liebe Patientin, lieber Patient:**

Wir bemühen uns, den für Sie reservierten Termin pünktlich einzuhalten. Sollten Sie Ihrerseits verhindert sein, bitten wir Sie spätestens einen Tag vorher abzusagen, damit wir den Termin anderweitig vergeben können. erfolgt eine Absage nicht oder nicht rechtzeitig, behalten wir uns vor, die Ausfallkosten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung zu stellen.

.....  
Datum, ..... Unterschrift .....

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?

.....

Aus welchem primären Grund kommen Sie in unsere Praxis?

- |                        |                          |                                |                          |
|------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Vorsorge, Untersuchung | <input type="checkbox"/> | Zahnfleischbluten              | <input type="checkbox"/> |
| Beratung               | <input type="checkbox"/> | verlorene oder defekte Füllung | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzen              | <input type="checkbox"/> | Zähneknirschen                 | <input type="checkbox"/> |
| Seit wann? .....       |                          | Mundgeruch                     | <input type="checkbox"/> |



## Wir möchten Sie informieren!

	ja	nein
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie Informationen zu folgenden Behandlungsmöglichkeiten?		
Veneers (Keramikschalen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleichen/Bleaching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Füllungen aus Gold, Keramik oder Kunststoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parodontitis-Vorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionelle Zahnreinigung (PZR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin-, Tee-, Kaffeebelagsentfernung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnschutz für den Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-Schnarch-Schiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Die nachfolgenden Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

## Gesundheitsfragen:

### Herz-, Kreislauf- erkrankungen:

bitte zutreffendes  
ankreuzen

	ja	nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Infektionskrankheiten:

	ja	nein
Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS, HIV ***	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Allergien:

	ja	nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokalanästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*\*\* diese Information ermöglicht uns eine optimale Behandlungsvorbereitung für Sie

### Sonstiges:

Diabetes (Zucker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate (gegen Osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcumareinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

---