



Sehr geehrte/-r Patient/-in,
 wir freuen uns, Sie in unserer zahnärztlichen Praxis begrüßen zu dürfen. Damit wir uns bestmöglich auf Ihre Behandlung vorbereiten können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bitte umkreisen Sie (J) für „Ja“ und (N) für „Nein“.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Damen an der Anmeldung. Vielen Dank.

Name: Vorname: Geb.-Datum:
 Wohnort: Straße: Tel. privat:
 Beruf: Arbeitgeber: Tel. dienstl.:

Was führt Sie zu uns? _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Fragen für Privatversicherte:

Name Versicherung _____
 ich bin regulär Privat versichert
 ich bin beihilfeberechtigt
 ich bin in einem Sondertarif:
 (Basistarif / Standardtarif)

Fragen zur Person:

Haben Sie gelegentlich Zahnfleischbluten? (J) (N)
 Knirschen Sie mit den Zähnen? (J) (N)
 Haben Sie an Ihren Zähnen Verunreinigungen festgestellt,
 die Sie nicht mit der Zahnbürste entfernen können? (J) (N)
 Sind Sie unzufrieden mit der Farbe Ihrer Zähne? (J) (N)

Wurden oder werden Sie wegen einer der folgenden Krankheiten behandelt?

| | | | |
|------------------|---------|--|---------|
| Herzerkrankungen | (J) (N) | Künstl. Herzklappen | (J) (N) |
| Nierenerkrankung | (J) (N) | Hoher Blutdruck | (J) (N) |
| Lebererkrankung | (J) (N) | Niedriger Blutdruck | (J) (N) |
| Diabetes | (J) (N) | Immunschwäche (HIV) | (J) (N) |
| Rheuma | (J) (N) | Infektionskrankheiten(AIDS, Tuberkulose) | (J) (N) |
| Epilepsie | (J) (N) | Hepatitis (A) (B) (C) | (J) (N) |

Sonstige Krankheiten: _____

Leiden Sie an **Allergien**? (J) (N) Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine **Blutgerinnungsstörung**? (J) (N) Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie **blutverdünnende** Medikamente ein (J) (N) Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? (J) (N) Wenn ja, welche? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Sehr gerne würden wir Sie an den für Ihre Zahngesundheit notwendigen Termin erinnern

(Ja)

(Nein)

Durch meine Unterschrift willige ich ein, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Nicht eingehaltene bzw. kurzfristig abgesagt Termine können nach § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

Nur bei minderjährigen Patienten:

Hat der Patient das 18.Lebensjahr noch nicht vollendet und erscheint ohne Erziehungsberechtigten in der Praxis, so bin ich damit einverstanden, dass die medizinisch notwendige Behandlung auch ohne die ausdrückliche Einverständniserklärung des gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden kann.

Erziehungsberechtigter Name: Vorname: Geb.-Datum:

Datum: _____

Unterschrift: _____