



Anmeldung - Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung **mindestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Sollte Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns rechtzeitig vorher in Kenntnis gesetzt zu haben, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Höhe des Honorars, welches für den Termin veranschlagt war, in Rechnung gestellt werden kann (§§615/280 BGB).

Selbstverständlich behandeln wir all ihre Auskünfte vertraulich!

Patient/-in
Kind

Namen	Vorname	geb.

Versicherter

Name	Vorname	geb.

Anschrift

Straße/ Hausnummer	E-Mail	
Postleitzahl/ Ort	Telefon	Mobil

Name des Kostenträgers
(Krankenkasse oder Versicherung)

--

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Ich bin privat Zusatzversichert |

Berufstätigkeit des Patienten
/ Versicherten

Beruf	Arbeitgeber	Telefon

Ihr Hausarzt

Namen	Anschrift	Telefon

Fragen zu Ihrem Besuch

Was ist ihr Hauptanliegen?

--

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

--

Fragen zu Ihrer Gesundheit

- Haben sie Erkrankungen? wenn ja, welche ? _____
- Haben Sie eine Infektionskrankheit? wenn ja, welche ? _____
- Bestehen Allergien? wenn ja, welche? _____
- Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein
- Herzinfarkt ja nein
- Blutdruck normal niedrig hoch ggf. Wert __
- Nehmen Sie Marcumar? ja
- Schlaganfall ja nein
- Lähmung ja nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? wenn ja, welche ? _____
- Rauchen Sie? ja nein wenn ja, wie viel ? _____ Stück
- Bestehen Suchtkrankheiten? wenn ja, welche? _____
- Besteht eine Schwangerschaft ja nein ungewiss ggf. wie vielte Woche _____

Allgemeine Fragen

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung / Computertomographie?

(Datum / Körperteil) _____

Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Haben Sie ein Bonusheft? ja nein Wünschen Sie ein Bonusheft? ja nein

Wie/ durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam: _____

Nachsorge

Nach einer erfolgreichen und abgeschlossenen Zahnbehandlung ist eine regelmäßige Nachsorge wichtig, um das erzielte Ergebnis langlebig zu erhalten.

Aus diesem Grund bieten wir Ihnen an, sich von uns an die anstehenden Termine erinnern zu lassen und diese daraufhin abzusprechen.

Wie wünschen Sie eine Benachrichtigung über Ihren nächsten Termin?

E-Mail Handy Telefon SMS

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r