

Herzlich Willkommen in unserer Praxis Anmeldung

Pat. Nr.:

Patient: _____
Nachname, Vorname Geb.datum

Falls über Familienmitglied versichert, wie zum Beispiel Ehepartner, Vater, Mutter, etc., ist die nächste Zeile noch auszufüllen:

Versicherter: _____
Nachname, Vorname Geb.datum

Anschrift: _____
Straße, Hausnr. PLZ Ort

Telefon privat : _____ Telefon mobil : _____

E- Mail Adresse : _____ Beruf / Arbeitgeber : _____

Name der Krankenkasse : _____ Zusatzversicherung : ja nein

Zutreffendes bitte ankreuzen :

Allgemeine Situation

- Allergien
- Asthma
- Herzerkrankung Herzschrittmacher
- hoher Blutdruck oder niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Blutverdünnende Mittel, Antikoagulation
Was: _____
- Infektionen (Hepatitis, TBC, HIV, etc.)
- Epilepsie / Anfälle
- Zuckerkrankheit/ Diabetes
- Osteoporose
- Sonstige Erkrankungen : _____
- Sind Sie mom. in ärztl. Behandlung?
- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

- Rauchen Sie?
- Besteht eine Schwangerschaft?

Zahn – Mund – Situation

- Schmerzen
- gelockerte Zähne
- Zahnfleischbluten
- Haben Sie das Gefühl, an Mundgeruch zu leiden ?
- Wünschen Sie diesbez. eine Beratung ?
- Verursachen Ihre Kiefergelenke Geräusche?
(z. Bsp. beim Kauen / Gähnen, etc)
- Haben Sie eine Knirscherschiene ?
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt?
Wenn ja, wo ? _____
- In der Praxis Dr. _____
- Wie alt ist ihr vorhandener Zahnersatz (ca.)?
Oberkiefer _____ Unterkiefer _____

- Sonstige wichtige Informationen:

Möchten Sie an unserem Vorsorge Erinnerungsservice (Recall) teilnehmen ? ja nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam ? _____

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich in Ihren Angaben etwas verändert hat (Adresse, etc.).
Medikamente und auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit in Straßenverkehr beeinträchtigen.
Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und des Datenschutzes.

Wir bitten Sie, Termine die nicht eingehalten werden können, möglichst mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter)