



Anmeldedaten

Bevor es losgeht, haben wir einige Fragen an Sie. Zuerst bitte Ihre Daten wie Adresse Telefonnummer usw. Dann brauchen wir auf der Rückseite noch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Allergien, eingenommene Medikamente und Vorerkrankungen sind **auch bei zahnärztlichen Behandlungen** wichtig. Diese Daten unterliegen dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns nur mit Ihrem Einverständnis weitergegeben!

Patient

Name:

Vorname:

Titel:

Straße:

PLZ / Ort:

Geb. - Datum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Telefon privat:

Telefon mobil:

E-Mail:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Wie sind Sie versichert?

- gesetzliche Krankenversicherung
- freiwillig versichert
- Beihilfeberechtigt
- Zusatzversicherung privat

Grund Ihres Besuches

- Kontrolluntersuchung
- Beschwerden
- Zahnersatzreparatur
- Neuer Zahnersatz

Versicherter (Vater / Mutter - Ehegatte)

Name:

Vorname:

Titel:

Straße:

PLZ / Ort:

Geb. - Datum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Telefon privat:

Ihre Wünsche:

- Zahnreinigung / Prophylaxe
- weisser Zähne
- festerer Zahnersatz
- Keramikfullungen

Sonstiges:

.....

.....

Was führt Sie uns?

Empfehlung durch:

- Internet
- Telefonbuch





Leiden Sie unter Allergien?

- Nein
- Ja, gegen Allergiepass vorhanden

.....

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Zur Blutverdünnung

- Marcumar ASS
- Antibiotika
- Bisphosphonate (z.B. bei Osteoporose. Brustkrebs)
- sonstige

.....

.....

.....

Erkrankungen:

- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Herzerkrankung / Infarkt
- künstliche Herzklappe
- Herzrhythmusstörungen
- Nierenerkrankung
- Tumorerkrankungen
- Blutdruckstörung zu hoch zu tief
- Blutgerinnungsstörung
- Schlaganfall
- Epilepsie
- Infektionskrankheiten:

.....

.....

Rauchen Sie?

- Nein: Ja

ca.Zigaretten am Tag.

Bei Patientinnen:

sind Sie schwanger?

- nein ja möglicherweise, noch unsicher

Behandlung mit Anästhesie („Spritze“)

Mein Wunsch ist, wenn möglich:

- mit Spritze ohne Spritze „mal sehen“

Würden Sie sich als „Angstpatient“ bezeichnen?

- ja, unbedingt
- ich bin nicht gerne beim Zahnarzt, aber kein Angstpatient
- ich habe mit dem Zahnarztbesuch keine Probleme

Falls Sie zum ersten Mal bei uns sind — wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Etwa

Bei:

In:.....

Bemerkungen / Notizen:

Datum:

Unterschrift