

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir mit der Beratung oder der Behandlung beginnen, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine weitestgehend komplikationsfreie Behandlung. Dieser Fragebogen und die darauf angegebenen Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.



Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ☐ Internet ☐ Empfehlung von _____ ☐ Sonstiges

Name	_____	Vorname	_____
Straße/Nr.	_____	PLZ/Wohnort	_____
geboren am	_____ in _____	Geburtsname	_____
Telefon	_____	Mobil	_____
E-Mail	_____	Beruf	_____
Ihr Hausarzt	_____		

Persönliche Daten

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____

Sind Sie familienversichert? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, über wen?
Name, Vorname, Geb.Datum _____

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____

Sind Sie privat versichert? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ☐ Ja ☐ Nein

Angaben zur Versicherung

Recall-/Patientenservice

Um Ihre Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern, bieten wir Ihnen einen Erinnerungsservice an. Sie werden kostenfrei von uns per Postkarte/Verschluss-Recallkarte an die nächste Kontrolle und Zahnreinigung erinnert.

Möchten Sie unseren kostenfreien Service künftig in Anspruch nehmen?

☐ Ja ☐ Nein

Einwilligungserklärung des Patienten

Ich willige in die elektronische Verarbeitung, Speicherung und Nutzung meiner Daten zu Zwecken der Durchführung und Dokumentation von Untersuchung und Behandlung ein. Die Daten dürfen im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu Zwecken der Mitbehandlung und Abrechnung an mitbehandelnde Ärzte und Zahnärzte, Kostenträger sowie andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung übermittelt werden.

Anamnese

Für unsere Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? _____

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Behandelnder Arzt _____

Wurden Röntgenbilder im Kopf-/Halsbereich angefertigt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann und bei welchem Arzt? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Falls Sie mehr Medikamente einnehmen, legen Sie uns bitte einen aktuellen Medikamentenplan vor!

Wenn ja, welche? (1) _____ (2) _____ (3) _____

Haben Sie Allergien? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Spritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen? ☐ Ja ☐ Nein

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Herzerkrankungen

Herzmuskelentzündung

Herzschrittmacher

Herzinfarkt

Rhythmusstörungen

Kreislaufferkrankungen

Schlaganfall

Bluthochdruck, zu niedriger Blutdruck

Sind Sie gut eingestellt?

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes

Sind Sie gut eingestellt?

Erkrankungen der Atemwege

Asthma

COPD

Erkrankungen des zentralen Nervensystems

Epilepsie

Multiple Sklerose (MS)

Kopfschmerzen / Migräne

Parkinson

Infektionen

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis)

☐ A ☐ B ☐ C ☐ andere

HIV oder AIDS

Tuberkulose

Geschlechtskrankheiten

Tumorerkrankungen

Blutungsneigung / Blutverdünner

Nehmen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit Bisphosphonate eingenommen oder als Tropf oder Spritze regelmäßig beim Arzt erhalten? (Osteoporose, Metastasen) ☐ Ja ☐ Nein

Andere Erkrankungen _____

Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes während Behandlungsintervallen unverzüglich mit.

Termine, die Sie nicht einhalten, bitten wir Sie spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da sonst ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden kann.

Ich habe diesen Anmeldebogen gelesen und verstanden. Zu meiner näheren Information hatte ich Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Ich verpflichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, dem behandelnden Arzt mitzuteilen.

Sollten Sie keine Möglichkeit zum Ausdrucken haben, können Sie uns den ausgefüllten Bogen alternativ vorab per E-Mail an dr.weissmartin@yahoo.de senden. Die Unterschrift erfolgt direkt vor Ort in der Praxis zu Ihrem Termin.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und die gute Vorbereitung Ihres Besuchs in unserer Praxis.