

ANMELDUNG

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

Patient:

Name: _____ Vorname: _____

geb.: ____ . ____ . ____

Mitglied:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Straße: _____ Nr.: _____

Tel.: _____ / _____

PLZ: _____ Ort: _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ / _____

Hausarzt: _____

Tel.: _____ / _____

Privat versichert

pflichtversichert

freiwillig versichert

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

1. Liegen oder lagen Erkrankungen vor, an

- a) Herz ja nein
- b) Blutdruck ja nein
wenn ja: hoch _____ niedrig _____
- c) Blutgerinnung ja nein
- d) Lunge (Asthma) ja nein
wenn ja, welche? _____
- e) Leber Gelbsucht ja nein
- f) Niere ja nein
- g) Diabetes (Zucker) ja nein
- h) Rheumatische Erkrankungen ja nein
- i) Infektionskrankheiten (z.B. Aids, Hepatitis) ja nein
- j) Allergien ja nein
wenn ja, welche? _____
- k) Medikamentenunverträglichkeit ja nein
wenn ja, welche? _____

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche: _____

3. Zeigen Sie Spitzenreaktionen:

- werden Sie ohnmächtig? ja nein
- wird Ihnen schlecht? ja nein

Falls eine Injektion nötig sein sollte sind Sie danach sehen nicht mehr verkehrstüchtig!

4. Nur für unsere weiblichen Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft?

- nein ja
_____ Monat

5.Röntgen:

Wurden Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?

Wenn ja, wann? _____._____._____ nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der gemachten Angaben sofort mit.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation.

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach GOZ berechnen müssen.

Die Krankenkasse bezahlt Ihnen zweimal pro Jahr eine eingehende Kontrolluntersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.

Möchten Sie von uns regelmäßig an diese Untersuchungstermine erinnert werden?

ja nein

falls ja: nach 6 Monaten
 nach 9 Monaten
 nach 12 Monaten

per Brief

per E-Mail

Meine E-Mail-Adresse lautet:

_____@_____.

Datum: _____._____._____

Unterschrift: _____