

■ Dr. Anneke OSSENKOP

Dr. Sabine BRUNS

Dr. Lea SCHNEIDER

■ ZAHNÄRZTIN

ZAHNÄRZTIN

ANGEST. ZAHNÄRZTIN



ANMELDUNG

Verehrte Patienten, herzlich willkommen in unserer Praxis.

Für einen reibungslosen Ablauf bitten wir Sie, die folgenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen.

Patient					
Name	Vorname		Geb.Datum		
Name des Versicherten (falls abweichend)	Vorname		Geb.Datum		
Adresse: Straße und Hausnummer	PLZ		Ort		
Telefonnummer (privat)	Mobilnummer (privat)		E-Mail-Adresse		
Name des gesetzlichen Betreuers (falls vorhanden)			Telefonnummer		
Beruf	Arbeitgeber		Telefonnummer (Arbeit)		
Krankenkasse					
Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zahnzusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Privat versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welcher (1-5)?	Grad:	

Einige Fragen, damit wir von Anfang an auf Ihre Wünsche eingehen können:

Was ist der Grund für Ihren Zahnarztbesuch? _____

Wünschen Sie eine Beratung zu Zahnersatz und Implantaten? ja nein

Wünschen Sie eine Beratung zur Zahnästhetik, Harmonieschienen? ja nein

Schnarchen Sie? Wünschen Sie Informationen zu Schnarchschiene? ja nein

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wir sind sehr bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher ist es erforderlich, dass Sie Ihre Termine einhalten oder rechtzeitig mind. 24 Stunden vorher absagen. Bei Nichterscheinen oder bei nicht rechtzeitiger Absage wird eine Ausfallgebühr von 120,- € je Stunde geltend gemacht.

Bitte wenden und die 2. Seite ausfüllen



■ ANAMNESE

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Name und Tel.Nr. Ihres Hausarztes

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der nachfolgenden Erkrankungen?

Herz- und Kreislauferkrankungen:

Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Künstliche Herzklappen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt, wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bluterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Stoffwechselerkrankungen:

Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erkrankung des Nervensystems

Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
beginnende Demenz oder Alzheimer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Infektionskrankheiten

Hepatitis A B C	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aids/HIV positiv	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Allergien? Wenn ja, welche

_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-------	-----------------------------	-------------------------------

Sonstiges

Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumorerkrankung, Chemotherapie, Bestrahlungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weitere Erkrankung: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben Sie einen Herzpass, Allergiepass, Implantatpass?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Sind Sie im letzten Jahr im Kopf-/Halsbereich geröntgt worden?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, wo und bei wem?

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Nehmen oder haben Sie Medikamente gegen Osteoporose (sog. Bisphosphonate) eingenommen?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Vielen Dank für Ihre Bemühungen! Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert!
Bitte beachten Sie, dass eine örtliche Betäubung Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen kann.

Datum

Unterschrift