

ANMELDUNG

Patientin/Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Mobil/Fax/Email
Beruf	Arbeitgeber	Telefon/Mobil/Fax/Email
Krankenkasse*/Krankenversicherung	Zusatzversicherung	

Mitglied:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Sind Sie freiwillig versichert ?**	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Zusatzversicherung ?	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie beihilfeberechtigt ?	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie privat im Basistarif versichert?	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

* Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird.

** Freiwillig Versicherten und deren Angehörigen erstattet die Krankenkasse die Behandlungskosten gegen Rechnung. Das kann vorteilhaft sein. Sprechen Sie uns an.

Durch wen wurden wir empfohlen?

Wurden Sie überwiesen?

Hauszahnarzt

Gerne bestätigen wir Ihre Termine per SMS. Wir bitten Sie hierfür Ihre Handynummer und Ihren Provider anzugeben:

Handy-Nr. _____ Provider: _____

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum, Unterschrift

ANAMNESE

Liebe Patientin, lieber Patient,

für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich wie alle persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches? _____

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
- Leiden Sie unter Mundgeruch (Zutreffendes bitte ankreuzen)
- Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?
- Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten ?
- Asthma, Atemnot
- Herz-Kreislauf-Erkrankung
(Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz/--schwäche, o.ä.)
- Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankung
- Zuckerkrankheit
- Rheuma
- Tuberkulose
- Hoher oder niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Haben Sie eine Allergie/ Heuschnupfen? Welche? _____
- Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test gemacht? Ergebnis? _____
- Bestehen andere Erkrankungen ? Welche ? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche _____
- Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? In welcher Schwangerschaftswoche? _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxismachfolger und an neu eintretende Ärzte weitergegeben werden.

Bitte beachten Sie, dass wir Sie über folgende Komplikationen bei der Lokalanästhesie aufklären müssen:

1. Infektion 2. Schwellung 3. Nervschädigung

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat. Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Datum, Unterschrift