



Anmeldung

Neu in Behandlung tretende Patienten werden um Ausfüllung dieser Anmeldung gebeten.

Patient	..... Name	..... Vorname	..... geb.
Mitglied	..... Name	..... Vorname	..... geb.
Anschrift	..... Straße	..... Nr.	..... Telefon
	..... Postleitzahl	..... Wohnort	.....
Krankenkasse	..... Krankenversicherung	..... Ort	..... Mitglieds- Nr.
Sind Sie	freiwillig versichert <input type="checkbox"/>	zusatzversichert <input type="checkbox"/>	Beihilfe berechtigt <input type="checkbox"/>
Haben Sie	Standardtarif gem. § 257 <input type="checkbox"/>	Basistarif <input type="checkbox"/>	
Beruf	.....	.....	..... Telefon - dienstlich
Arbeitgeber	..... Name	..... Ort	..... Telefon / Fax
Hausarzt	..... Behandelnder Arzt Name	..... Ort	..... Telefon / Fax

Viele Menschen sind krank. Das kann Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um Ausfüllung dieses Erhebungsbogens. Er wird Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt.

Bitte beachten Sie, daß diese Angaben auf das strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, daß meine **Verkehrstüchtigkeit** im Straßenverkehr unter dem Einfluß von Injektionen zur lokalen Anästhesie, therapeutischen Injektionen sowie Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4 - 6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

Haben oder hatten Sie jemals	ja	nein
- Herz-, Kreislaufkrankheiten (niedriger Blutdruck, hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Endocarditisgefahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Infektionskrankheiten (Gelbsucht, Tbc, AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Innere Krankheiten (Diabetes, Magen-, Darm-, Schilddrüsen- Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien (Allergiepaß)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rheuma oder Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Osteoporosetherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ungewöhnliche Reaktionen auf Medikamente oder Spritzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schwierigkeiten mit langem Bluten / Anticoagulantientherapie (Macumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Eine andere ernsthafte Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche		
- Sind Sie schwanger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wünschen Sie beim Bohren in örtlicher Betäubung behandelt zu werden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/ Kieferbereich geröntgt worden ? .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Besteht eine Besonderheit, auf die Sie mich aufmerksam machen möchten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Durch wen wurden wir empfohlen ?

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wünschen Sie nur eine Behandlung der z.Z. vorhandenen Beschwerden ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin damit einverstanden, am Erinnerungsservice zur Zahnbehandlungs - Vorsorge teilzunehmen. RECALL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die Teilnahme am RECALL kann jederzeit schriftlich oder telefonisch widerrufen werden.

Service unseres Praxisteam :

Wünschen Sie eine besondere Beratung über :

- Karies- u. Parodontosevorsorge (Individualprophylaxe)
- Zahnfarbene Füllungen (Keramik / Kunststoff)
- Goldfüllungen
- Amalgamentfernung
- Quecksilberentgiftung / -Ausleitung
- Naturheilkundliche Behandlungsmethoden
- Parodontosebehandlung
- Implantate
- Kopfschmerzen / Migräne
- Kiefergelenksdiagnostik - Axiographie - Kiefergelenksbehandlung
- Laserbehandlung

Ich verpflichte mich zur Vorlage meiner **Versichertenkarte** spätestens zum zweiten Behandlungstermin. Mir ist bekannt, daß gemäß den vertraglichen Bestimmungen andernfalls eine private Verrechnung erfolgen muß.

Bei **Nichteinhaltung der Termine** (Nichterscheinen) bitten wir Sie, diesen mind. 24 Std. vorher abzusagen. Ansonsten sehen wir uns leider gezwungen, Ihnen die ausgefallene Zeit ggf. in Rechnung zu stellen.

Ich bin mit der Herausgabe meiner Daten bzw. Röntgenbilder an meinen Hausarzt, Facharzt, Fachzahnarzt, Labor - nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Kapitel II-Art.5 - auch per E-Mail einverstanden:

Ja:

Nein:

Bei Fragen zum Ausfüllen des Anmeldebogens wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an unser Praxisteam.

.....
Datum

.....
Unterschrift

HINWEIS : Sollten Sie es einmal versäumen, sich vor der Behandlung die Zähne zu reinigen, so können Sie das in der Praxis nachholen. An der Anmeldung erhalten Sie kostenlos eine mit Zahnpasta imprägnierte Zahnbürste, die Sie nach Gebrauch mit nach Hause nehmen können.