



ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Die Angaben werden ihrer Karteikarte beigefügt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/in

Name	Vorname	geb. am
Straße/Hausnr.		PLZ/Ort
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Mobil
Email		

Mitglied/Zahlungspflichtige/r

(bzw. Erziehungsberechtigte/r)	Name	Vorname	geb. am
Name der Krankenkasse			
oder Private Krankenversicherung			
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> privat versichert

Beruf des Mitglieds

Arbeitgeber

Haben / hatten Sie eine der folgenden Krankheiten? (zutreffendes bitte ankreuzen)  Nein

<input type="checkbox"/> Asthma / Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Herz/
<input type="checkbox"/> Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> HIV-Infektion
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen (Marcumar?)
<input type="checkbox"/> TBC		

Sonstige Angaben / andere Krankheiten ...

Light green input field for other diseases.

Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien

Light green input field for allergies.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? - Wenn ja, welche:  Ja  Nein

Light green input field for medication details.

Nur für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Sind Sie an regelmäßiger Erinnerung zur Zahnhygiene (Recall) interessiert?  Ja  Nein

Wenn ja: Terminvereinbarung per E-Mail  per Telefon  per Post  in der Praxis

Wir bitten Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte bis spätestens 24 Stunden vorher mit.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und erkläre mein Einverständnis zur ausgelegten Datenschutzvereinbarung. (s. Anlage)

Datum

Unterschrift