

ANMELDUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis! Bitte lesen Sie die nachfolgenden Informationen aufmerksam durch und beantworten Sie alle Fragen möglichst genau.

Die Behandlung in unserer Praxis findet ausschließlich nach Terminvergabe im Rahmen unseres Bestellsystems statt. Das bedeutet für Sie in der Regel keine oder nur geringe Wartezeiten. Akute Notfälle, bzw. medizinisch notwendige nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch im Einzelfall zu Verzögerungen führen. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis und werden versuchen Sie möglichst frühzeitig zu informieren.

Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte unbedingt 48 Stunden vorher ab, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden kann! Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Die Kenntnisnahme wird durch untenstehende Unterschrift bestätigt!

Erhalten Sie kurzfristig einen Termin wegen eines Notfalls (z.B. Schmerzen), so müssen Sie mit Wartezeit rechnen.

Als sozialversicherter Patient legen Sie bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 7 Tage nach Behandlungsbeginn vor, da ansonsten private Rechnungslegung erfolgen muß.

Patient:

Name Vorname geb. Geb.-Ort:

Versicherter:

Name Vorname geb. Geb.-Ort:

Anschrift:

Straße/Nr. Plz./ Ort

Telefon privat:

Telefon beruflich:

E-Mail:

Krankenkasse:

freiwillig versichert? Ja: Nein:

Zusatzversicherung/ Beihilfe:

Beruf:

Arbeitgeber/Anschrift:

Wünschen Sie in der Regel eine Behandlung mit örtlicher Betäubung? Ja: Nein:

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Sind Sie in allgemeinärztlicher Behandlung? Ja: Nein:

Wer ist Ihr behandelnder Arzt?

ACHTUNG: Durch zahnärztliche Behandlung, insbesondere durch Betäubungsspritzen kann die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt werden!

Möchten Sie an Ihren nächsten Kontrolltermin erinnert werden? Ja: Nein:

Haben Sie Interesse an Behandlungen zur Vorbeugung von Karies- und Zahnfleischerkrankungen, die über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen hinausgehen? Ja: Nein:

Durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Alle Angaben auf dieser sowie der Rückseite unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Datum:

Unterschrift:

Bitte
wenden

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen:

	<i>Ja</i>	<i>nein</i>	<i>ungewiß</i>
<i>Allergien:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>wenn ja ,welche :</i>			
<i>Asthma:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Herzkrankungen:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Hoher/niedriger Blutdruck:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Blutgerinnungsstörungen oder Blutgerinnungsmedikamente:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Infektionen: Hepatitis/ TBC/ HIV</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Diabetes:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (wenn ja: welche, wofür):</i>			
<i>Wann wurden Sie zuletzt beim Zahnarzt geröntgt:</i>			
<i>(Für Frauen)</i>			
<i>Besteht eine Schwangerschaft Ggf. Woche:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Besteht erhöhtes Endokarditisrisiko: (Herzinnenhautentzündung aufgrund von Herzfehler, künstlicher Klappe etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Herzschrittmacher:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Sind Sie Raucher:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nur für Patienten mit Zahnersatz (festsitzende oder herausnehmbare Brücken oder Prothesen)

Bitte markieren Sie in folgender Skala:

	<i>unzufrieden</i>	<i>sehr zufrieden</i>
<i>Allgemeine Zufriedenheit</i>	0-----100	
<i>Funktion</i>	0-----100	
<i>Stabilität</i>	0-----100	
<i>Ästhetik</i>	0-----100	