

HERZLICH WILLKOMMEN

– Bitte füllen Sie hier Ihre ANMELDUNG aus –



Patient:

Herr / Frau / Kind Vorname Name geboren

Anschrift / Erreichbarkeit:

PLZ Ort Straße

Telefon / Mobilnummer E-Mail-Adresse

Arbeitgeber Telefon

Zahlungspflichtiger:

Herr / Frau / Kind Vorname Name geboren

Anschrift / Erreichbarkeit:

PLZ Ort Straße

Telefon / Mobilnummer E-Mail-Adresse

Name der Krankenkasse:

pflichtversichert freiwillig versichert Private Zusatzversicherung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Falls Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte 24 Stunden vorher ab. Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechzeit liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Für Ihre **Patientenstammdaten** erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie meiner Praxis bitte auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit. **Vielen Dank!**

Hatten / Haben Sie eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Asthma (schwere Atemnot)	JA	NEIN	Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	JA	NEIN
Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen	JA	NEIN	Leiden Sie an Zahnfleischbluten?	JA	NEIN
Unverträglichkeit von Medikamenten? Welche?	JA	NEIN	Nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig Medikamente? Welche?	JA	NEIN
Blutdruck <input type="radio"/> niedrig <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> hoch			Sind Sie Raucher? Wie viele Zigaretten täglich?	JA	NEIN
Herzinfarkt	JA	NEIN	Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?		
Schlaganfall	JA	NEIN	Besteht eine Schwangerschaft?	JA	NEIN
Lähmungen	JA	NEIN	Sonstige Angaben / andere Krankheiten?	JA	NEIN
Gelbsucht / Leberkrankheiten / HIV-Infektion? Wann?	JA	NEIN	Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	JA	NEIN
Diabetes	JA	NEIN			
Rheuma	JA	NEIN			
Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen	JA	NEIN	Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie unter Einwirkung der Lokalanästhesie keinen PKW, LKW oder dergleichen im öffentlichen Straßenverkehr führen dürfen.		
Kreislaufkrankungen	JA	NEIN			
Nierenerkrankungen	JA	NEIN			
Schilddrüsenerkrankungen	JA	NEIN			
Epilepsie	JA	NEIN			

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die **Vollständigkeit** und **Richtigkeit** meiner Angaben!

.....
Datum

.....
Unterschrift des Zahlungspflichtigen