HERZLICH WILLKOMMEN

– Bitte füllen Sie hier Ihre ANMELDUNG aus –

Zahnarztpraxis
Dr. Dirk Seidel

Patient:

Herr / Frau / Kind: **Vorname:** **Vorname:** **geb.:**

PLZ: **Ort:** **Straße:**

Telefon / Mobilnummer: **E-Mail:**

Zahlungspflichtiger:

Name: **Vorname:** **geb.:** **Adresse:**

Krankenkasse:

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

JA	NEIN	Zustand nach Infarkt
JA	NEIN	Herzinsuffizienz
JA	NEIN	Muskelentzündung
JA	NEIN	Verengung der Herzkranzgefäße
JA	NEIN	Rhythmusstörungen
JA	NEIN	Bypassoperation
JA	NEIN	Schrittmacher

Kreislauf

JA	NEIN	niedriger Blutdruck
JA	NEIN	Bluthochdruck
JA	NEIN	Angina pectoris
JA	NEIN	Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

JA	NEIN	Bluter

Augen

JA	NEIN	Grauer Star
JA	NEIN	Grüner Star

Atmungswege/Lunge

JA	NEIN	Asthma
JA	NEIN	Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

JA	NEIN	Magenerkrankung
JA	NEIN	Darmerkrankung

Blase-Nieren

JA	NEIN	Magenerkrankung
JA	NEIN	Darmerkrankung
JA	NEIN	Dialyse

Leber

JA	NEIN	Gelbsucht
JA	NEIN	Hepatitis

Bewegungsapparat

JA	NEIN	Rheuma

Zentrales Nervensystem

JA	NEIN	epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

JA	NEIN	Kopfschmerzen
JA	NEIN	Migräne

Stoffwechsel

JA	NEIN	Zuckerkrankheit
JA	NEIN	Schilddrüsenüberfunktion
JA	NEIN	Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

JA	NEIN	HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
JA	NEIN	Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
JA	NEIN	Osteoporose

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

.....

Titel: **Arzt:** **Ort:.** **Telefon:**

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

JA	NEIN	Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
JA	NEIN	Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche? .....
JA	NEIN	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? .....
JA	NEIN	Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche? .....
JA	NEIN	Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Wenn ja, welche? .....
JA	NEIN	Besitzen Sie einen Allergiepass? Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch? .....
JA	NEIN	Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche? .....
JA	NEIN	Sind Sie z.Zt. schwanger? Wenn Ja, in welchem Monat?.....

Weitere administrativ wichtige Informationen:

JA	NEIN	Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 10 Jahre)
JA	NEIN	Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden? -> E-Mail Adresse erforderlich
JA	NEIN	Haben Sie eine Zusatzversicherung?
JA	NEIN	Haben Sie eine Pflegestufe? Welchen Pflegegrad?

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis das Behandlungstermine spätenstens 24 Std. vorab abgesagt werden müssen, anderenfalls stellen wir ihnen die Ausfallzeit in Rechnung !!!!

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

Plauen, den ..... **Unterschrift** ..... .

Dr. Dirk Seidel | Comeniusstraße 27 | 08523 Plauen | Tel.: 03741 . 593 77 60 | Fax: 03741 . 593 77 61
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG | IBAN: DE25 3006 0601 0006 7614 81 | BIC: DAAEDEDDXXX
Email: info@zahnarzt-dr-seidel.de | www.zahnarzt-dr-seidel.de