

ANMELDEBOGEN

Bevor wir uns gemeinsam über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

ADRESSE

Nachname: _____ Vorname: _____

geboren am: _____

Straße u. Hausnummer: _____

Ort mit Postleitzahl, Land: _____

Krankenkasse/Versicherung: _____

abweichende Rechnungsadresse: _____

Damit wir Sie bei Terminverschiebungen umgehend erreichen können, bitten wir um alle Telefonnummern, unter denen wir Sie erreichen können.

Die Telefonnummern bzw. E-Mail-Adresse, unter der Sie mich erreichen können, sind:

Hausanschluss

Mobiltelefon

Telefon am Arbeitsplatz

E-Mail Adresse

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

ALLGEMEINE MEDIZINISCHE ANAMNESE

Wer ist Ihr Hausarzt /-ärztin? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Haben Sie einen Medikamentenplan? _____

Welche Allergien haben Sie? _____

Haben Sie eine Erkrankung des Herzens oder der Atmung?

JA

Haben Sie eine verzögerte Blutgerinnung?

Sind Sie schwanger?

Leiden Sie an einer Blutzuckererkrankung?

Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, Tuberkulose oder andere)?

Leiden Sie an einer Nieren- oder Lebererkrankung?

Ist Ihr Magen- und Darmtrakt gesund?

Wie ist Ihr Blutdruck (zu hoch, zu niedrig, normal oder weiß ich nicht)? _____

Welche sonstigen Erkrankungen haben Sie? _____

Und wo sind Sie deswegen in Behandlung? _____

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen der Zähne angefertigt? _____

Haben Sie Angst vor Spritzen? JA

Blutet Ihr Zahnfleisch öfters?

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?

Ich bin an professioneller Zahnreinigung interessiert, bitte klären Sie mich über die Möglichkeiten auf.

Ich weiß nicht genau, was Prophylaxe ist. Bitte informieren Sie mich.

Wünschen Sie Informationen über Einsatzmöglichkeiten von Akupunktur und Bioresonanz bei Ihrer Behandlung?

RECALL SERVICE

Zu unserem Service gehört es, unsere Patienten in unseren kostenlosen Recall-Service aufzunehmen. Das bedeutet, dass wir Sie auf Wunsch per Post oder E-Mail an den nächsten Kontrolltermin erinnern.

Ja, ich möchte erinnert werden.

Nein, ich möchte nicht erinnert werden.

IN EIGENER SACHE

Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

WICHTIGE HINWEISE

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dadurch gibt es im Regelfall nur geringe Wartezeiten. Deswegen bitten wir Sie dringend, uns mindestens 24 Stunden vorher mitzuteilen, wenn Sie einen Termin nicht einhalten können bzw. zu den Terminen pünktlich zu erscheinen. Bitte beachten Sie, dass wir (gemäß der Rechtsprechung) berechtigt sind, den Schaden, welcher durch den Behandlungsausfall entsteht, in Rechnung zu stellen.

Medikamente und Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben per Unterschrift.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!
Ihr Team der Praxis Dr. Thomas Christiansen