



ANMELDUNG

Patient: Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon / Telefax

Versicherter: Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon / Telefax

Krankenkasse / Krankenversicherung

Sind Sie freiwillig versichert?

Ja

Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Ja

Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Ja

Nein

Besteht ein Bonusanspruch?

Ja

Nein

Beruf

Arbeitgeber

Telefon / Telefax

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon / Telefax

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihrer Zähne?

Ja

Nein

Wünschen Sie nur eine Behandlung der z. Zt. vorhandenen Beschwerden?

Ja

Nein

Haben Sie Zahnersatz?

Ja

Nein

Sind Sie an unserem halbjährlichen Erinnerungsdienst interessiert?

Ja

Nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Individualprophylaxe

Parodontosebehandlung

hochwertiger Zahnersatz

Goldinlays Keramikinlays

ganzheitliche Kieferorthopädie

Implantate

Amalgamentfernung

Quecksilberentgiftung

Zahnfarbene Füllungen

Kosmetische Zahnbehandlungen

Sonstiges

Datum, Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben



GESUNDHEITSSBOGEN

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Gesundheitsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Selbstverständlich unterliegen diese Angaben auf das strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: Name

Vorname

Geburtsdatum

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Ja

Nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?

Ja

Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Ja

Nein

Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack?

Ja

Nein

Haben Sie häufig Kopf- und Nackenschmerzen?

Ja

Nein

Haben Sie eine der folgenden Krankheiten:

Diabetis?

Ja

Nein

Heuschnupfen?

Ja

Nein

Asthma, Atemnot?

Ja

Nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

Ja

Nein

Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankungen?

Ja

Nein

Haben Sie andere infektiöse Bluterkrankungen (HIV)?

Ja

Nein

Welche?

Schilddrüsenerkrankung?

Ja

Nein

Rheuma?

Ja

Nein

Tuberkulose?

Ja

Nein

Hoher oder niedriger Blutdruck?

Ja

Nein

Zu hoch

Zu niedrig

Blutgerinnungsstörungen?

Ja

Nein

Haben Sie eine Allergie?

Ja

Nein

Welche?

Bestehen andere Erkrankungen?

Ja

Nein

Welche?

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein? *

Ja

Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Ja

Nein

Welche?

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft bzw. stillen Sie?

Ja

Nein

In welcher Woche?

Sind Sie in naturheilkundlicher/homöopathischer Behandlung?

Ja

Nein

Bei wem?

Teilen Sie bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.

Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen.

* (Medikamente gegen Osteoporose/Tumorerkrankungen.)

Datum, Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben