

Anmeldeformular

**Wir sind stets bemüht Sie in den Fokus unserer Praxis zu stellen.
Sollten Sie daher Wünsche haben, so sprechen Sie uns darauf an!**

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherung: pflichtversichert freiwillig versichert Privatversicherung: _____

Anschrift:

Telefonnummer (Mobil und tagsüber):

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Name Ihres Hausarztes: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Allgemeine Krankengeschichte

Herzerkrankungen: Herzenschwäche Krankheiten Ja Nein
Herzinfarkt, wann? Ja Nein

Kreislaufferkrankungen: zu hoher Blutdruck Ja Nein
zu niedriger Blutdruck Ja Nein
Einnahme gerinnungshemmende Medikamente Ja Nein
Ohnmachtsanfälle Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein
Magen-Darm-Erkrankungen Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein
Nierenerkrankungen Ja Nein

Immunsystem: Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Ja Nein
Wenn ja welche? _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B) Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
AIDS, HIV Ja Nein

Sind Allergien bekannt? (z.B. Laktoseintoleranz) _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? _____

Allgemeine Fragen:	Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Haben Sie Verspannungen an der Nacken- oder Schultermuskulatur?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Wünschen Sie Informationen zur Gesunderhaltung Ihrer Zähne?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Sind sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Möchten Sie in unserem Recallsystem aufgenommen werden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Für Frauen:	Besteht eine Schwangerschaft? (Welcher Monat?: _____)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Hinweis zur Terminorganisation

Liebe Patientinnen und Patienten,

sollten Sie einen vereinbarten Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir um eine rechtzeitige Absage des Termins (mindestens 48 Stunden vorher).

Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen die Ausfallkosten in Rechnung zu stellen (nach § 615 BGB).
Wir bitten um Ihr Verständnis!

Herzlichen Dank

Datum _____ Unterschrift: _____