



Anmeldung

Willkommen in unserer Praxis!

Für Ihre individuelle Behandlung benötigen wir einige Angaben von Ihnen, die wir nachfolgend erfragen. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und nach bestem Wissen. Alle Angaben auf diesem Befundbogen unterliegen ebenso wie alle Behandlungsangaben der ärztlichen Schweigepflicht. Jede Behandlung setzt einen hohen organisatorischen Aufwand voraus. Deshalb bitten wir Sie, unumgängliche Terminänderungen uns spätestens 24 Stunden vorher mitzuteilen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Familienname: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____ geboren am: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Handy: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____

Beschäftigt bei: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/dienstlich: _____ E-Mail: _____

Mitversichert bei: (Ehegatten oder Eltern) _____

Familienname: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Versichertenstatus/Name der Versicherung _____

Gesetzlich pflichtversichert Freiwillig ges. versichert Privat versichert Beihilfe

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Telefonbuch Internet gezielte Suche zufällig

Wir weisen vorsorglich darauf hin, dass bei unentschuldigtem Terminausfall, bzw. nicht mindestens 24 Std. vorher erfolgter Terminabsage eine Ausfallgebühr im Rahmen der rechtlichen Vorgaben erhoben werden kann.

Anamnese

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Allergische Reaktionen/ Medikamentenüberempfindlichkeit

ja nein

Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja nein

Atemwegerkrankungen

ja nein

Stoffwechselerkrankungen

ja nein

Diabetes

ja nein

Magen-Darm-Erkrankung

ja nein

Rheuma

ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Endokarditisprophylaxe erforderlich? ja nein

Herzerkrankung/ Herzschwäche

ja nein

Wenn ja, welche?

Herzschrittmacher ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Infektionskrankheiten

ja nein

Gelbsucht (Hepatitis)

ja nein

Immunmangel-Syndrom (AIDS)

ja nein

Tuberkulose

ja nein

Nierenerkrankungen

ja nein

Depression/ Erkrankung des Nervensystems

ja nein

Andere Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Haben Sie in den letzten 24 Std. Aspirin/andere blutverdünnende Medikamente eingenommen? ja nein

Wann war die letzte Röntgenaufnahme im Zahn-/Mundbereich?

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Professionelle Zahnreinigung

Haben Sie Interesse an professioneller Zahnreinigung (PZR)? ja nein

Haben Sie Interesse an unserem kostenlosen Prophylaxe-Erinnerungsservice (Recall)? ja nein

Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werden von mir dem behandelndem Arzt unverzüglich mitgeteilt.

Otterfing, den
(Datum)

(Unterschrift)