

Zahnarztpraxis

Raphael Weiß

Aspenstr. 14 – 59597 Bad Westernkotten
Telefon: 02943-7447 – Telefax: 02943-1319
info@zahnmedizin-badwesternkotten.de

Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
E-Mail privat: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Krankenkasse: _____

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Leiden Sie an einer Allergie? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung? ja nein

(z.B. Herzrhythmusstörungen, Bypass, Herzschrittmacher) _____

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein

Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja

niedrigen Blutdruck? ja

Haben Sie Diabetes? ja nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja nein

HIV Hepatitis B Hepatitis C Tuberkulose

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja nein

- Leiden Sie unter Migräne? ja nein
- Haben Sie grünen Star (Glaukom)? ja nein
- Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja nein
- Sonstige Erkrankungen? _____
- Rauchen Sie? ja nein
- Sind Sie schwanger? ja nein
- Wenn ja, in welcher Woche? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

- Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja nein
- Sonstiger Grund _____

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? _____

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

- Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein
- Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein
- Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein
- Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? ja nein
- Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Wünschen Sie eine Aufklärung über eine professionelle Zahnreinigung? ja nein

Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten? ja nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja nein

Möchten Sie darüber eine Beratung? ja nein

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden
(Kontrolluntersuchungen / Zahnreinigung) ja nein

Die Erinnerung wünsche ich
per Brief per E-Mail

Bitte teilen Sie uns mit, sobald sich bei Ihnen irgendwelche Daten (Adresse, Gesundheitszustand etc.) ändern.

Ausfallhonorar:

"Mir ist bekannt, dass die von der Praxis vergebenen Termine ausschließlich für den jeweiligen Patienten freigehalten werden und es daher für mich im Falle einer Verhinderung notwendig ist, Termine 24H im Voraus abzusagen. Sollte die Absage kurzfristiger erfolgen, ist mir bekannt, dass ich der Praxis daraus entstehende Schäden zu ersetzen habe. Dies gilt nicht, sofern mich an der nicht rechtzeitigen Terminabsage kein Verschulden trifft."

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Bad Westernkotten

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter