



## Patienten Anmeldebogen

### Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Anschrift

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Bei Familienmitgliedern versicherte Person Anschrift

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### Name der Krankenkasse:

\_\_\_\_\_  pflichtversichert  privat zusatzversichert  
 freiwillig versichert  privatversichert  
 beihilfeberechtigt  privatversichert mit Basistarif

### Sehr geehrter Patient!

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Sollten Sie daher einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. ungenutzte Zeit nach §§ 304,615 BGB in Rechnung gestellt werden kann. Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

**Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig:** Für den Fall, dass Sie Ihre Versicherungskarte bei Behandlungsbeginn nicht dabei haben, bitten wir Sie, diese spätestens nach 10 Tagen nachzureichen.

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie meiner Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!**

### 1. Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

- Herzinsuffizienz/Herzrhythmusstörungen/künstl. Herzklappenfehler/-ersatz ja  nein  \_\_\_\_\_
- Herzinfarkt/Angina pectoris ja  nein  \_\_\_\_\_
- Herzschrittmacher ja  nein  \_\_\_\_\_
- erhöhter/ erniedrigter Blutdruck ja  nein  \_\_\_\_\_
- Schlaganfall ja  nein  \_\_\_\_\_

### 2. Besteht eine Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung?

ja  nein  \_\_\_\_\_

### 3. Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen?

ja  nein  \_\_\_\_\_

### 4. Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?

- Allergie, Epilepsie ja  nein  \_\_\_\_\_
- Atemswegerkrankungen (z.B. Asthma) ja  nein  \_\_\_\_\_
- Diabetes ja  nein  \_\_\_\_\_
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberculose) ja  nein  \_\_\_\_\_
- Lebererkrankungen ja  nein  \_\_\_\_\_
- Magen-Darm-Erkrankungen ja  nein  \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankungen (Chron. Niereninsuffizienz, Dialyse) ja  nein  \_\_\_\_\_
- Osteoporose, Rheuma ja  nein  \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankung ja  nein  \_\_\_\_\_
- Tumorerkrankungen ja  nein  \_\_\_\_\_

### 5. Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?

ja  nein  \_\_\_\_\_

### 6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht, welche?

ja  nein  \_\_\_\_\_

### 7. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

\_\_\_\_\_

### 8. Haben Sie Angst vor der Behandlung?

ja  nein  \_\_\_\_\_

### 9. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?

ja  nein  \_\_\_\_\_

### 10. Wann wurden Sie zuletzt im Kopfbereich geröntgt?

\_\_\_\_\_

### 11. Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung/Zahnfarbe zufrieden?

ja  nein  \_\_\_\_\_

### 12. Wie kommen Sie auf unsere Praxis?

\_\_\_\_\_