

Anmeldebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine geeignete und risikofreie Behandlung. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Dr. med. dent. Mathias Schuldes

Hinweise zur Organisation

Gerne reservieren wir Ihnen – falls erforderlich – mehrere Termine. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Werktage vorher abzusagen. Andernfalls können Ausfallzeiten berechnet werden.

Versicherter	Patient
Familienname (Herr Frau)	Familienname (Herr Frau)
Vorname	Vorname
Straße, Hausnr.	Straße, Hausnr.
PLZ, Wohnort	PLZ, Wohnort
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Telefon privat	Telefon privat
Telefon mobil	Telefon mobil
Telefon Geschäft	Telefon Geschäft
Fax	Fax
E-Mail	E-Mail
Arbeitgeber Beruf	Arbeitgeber Beruf
Name der Kasse	
Pflichtmitglied <input type="checkbox"/>	Privat versichert <input type="checkbox"/>
Als Familienmitglied mitversichert <input type="checkbox"/>	PKV-Standardtarif <input type="checkbox"/> PKV-Basistarif <input type="checkbox"/>
Freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/>	Private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/>
Beihilfeberechtigt (Bund, Land, Stadt, o.ä.) <input type="checkbox"/>	Nicht versichert <input type="checkbox"/>
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	
Haben Sie Interesse an unserem Prophylaxe- und Präventionsangebot? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wünschen Sie, in unsere Recall-Kartei aufgenommen zu werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie
regelmäßig ein?

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein
Blutarmut (Anämie) ja nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende
Medikamente ein (Markumar | ASS)? ja nein
Sonstiges

Allergien

Gegen welche Materialien | Medikamente
besteht bei Ihnen der Verdacht einer
Überempfindlichkeit?
Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag ja nein
Angina pectoris ja nein
Zustand nach Herzinfarkt ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Herzfehler, Klappenersatz ja nein
Endokarditis ja nein
Sonstiges

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder
Beruhigungsmittel? ja nein
Sonstiges

Weitere Angaben

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? ja nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Geduld. Bitte teilen Sie
uns sofort Änderungen Ihrer Angaben mit. Der Speicherung
meiner persönlichen Daten als Grundlage einer optimalen Be-
handlung stimme ich zu. Ich bestätige mit meiner Unterschrift,
dass ich die Informationen gelesen und verstanden habe.

Hausarzt

Name | Adresse | Telefon-Nummer

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptische Anfälle ja nein
Krämpfe ja nein
Sonstiges

Infektionserkrankungen

Leberentzündung | Gelbsucht
(Hepatitis A|B|C) ja nein
Tuberkulose ja nein
Chronische Erkrankungen der
Atemwege, Husten, etc. ja nein
Wurde bei Ihnen ein Aids-Test
durchgeführt? ja nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? pos. neg.

Kreislaufferkrankungen

Zu hoher Blutdruck ja nein
Zu niedriger Blutdruck ja nein
Sonstiges

Röntgen

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen
im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? ja nein
Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein
(Wir verwenden modernes digitales Röntgen, um die
Strahlendosis so gering wie möglich zu halten)

Erkrankungen anderer Organe

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
Lungenerkrankungen, Asthma ja nein
Schilddrüsenerkrankungen ja nein
Magen-Darm-Erkrankungen ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Sonstiges

Sonstiges

Datum | Unterschrift

Patient Erziehungsberechtigter Rechnungsempfänger