

Anmeldebogen



zahnarztpraxis
DR. DEPENAU & KOLLEGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Anmeldebogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. Mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname / Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____ Tel _____

Hinweise zur Organisation

Ist bei Ihnen eine elektronische Patientenakte vorhanden? ja nein

Wie möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? E-Mail Telefon SMS

Bei längeren Behandlungen informieren wir Sie vorab per SMS Nachricht.

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn rechtzeitig vorher ab. Wir bitten um Verständnis, dass der Termin anderenfalls in Rechnung gestellt werden kann. Vielen Dank dafür!

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigend sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Für Neupatienten

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen: _____

Internet Telefonbuch Sonstiges _____

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine...

Routinekontrolle Beratung Schmerzbehandlung weiteres _____

Bitte beraten Sie mich zu den Themen:

Prophylaxe Zahnästhetik Zahnersatz Implantate
 Kiefergelenk Schnarchen Zahnfleischbluten abdruckfreie Zahnmedizin
 Kieferorthopädie / Zahnkorrekturen auch bei Kindern und Erwachsenen Bleaching

Allgemeinerkrankungen

Haben Sie Erkrankungen ...

des Herzens? ja nein
der Blutgerinnung? ja nein
des Blutzuckers (Diabetes)? ja nein
der Niere? ja nein
der Leber? ja nein
der Schilddrüse? ja nein

Sonstiges _____

Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe? ja nein

Haben Sie Infektionskrankheiten (u.a. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten (u.a. gegenüber Medikamenten oder Spritzen) bekannt?

ja nein wenn ja, gegen welche? _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

blutverdünnende Medikamente Herzmedikamente Antiepileptika
 Immunsuppressiva Antidepressiva Bisphosphonate
 Sonstiges _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein wenn ja, in welcher Woche? _____

Fragen / Anregungen: _____

Sie können die Datenschutzerklärung auf unserer Website einsehen: www.zahnarzt-depenau.de

Datum

Unterschrift