

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.

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.

Dr. med. dent. Mathias Schuldes

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

Herzkrankungen

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 Behandlung 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.

Kreislaufkrankungen

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