

# ANMELDUNG

## ZAHNMEDIZIN DR. HALLER

Liebe Patientin, lieber Patient,  
bevor wir uns in Ruhe Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und verbleiben hier im Hause.

### Persönliches

Name . . . . .

Straße . . . . .

Vorname . . . . .

PLZ/Ort . . . . .

Geburtsdatum . . . . .

E-Mail . . . . .

Geburtsort . . . . .

Tel. Mobil . . . . .

Beruf . . . . .

Krankenkasse . . . . .

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Ja  Nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

Ja  Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name . . . . .

Geburtsdatum . . . . .

Vorname . . . . .

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....

Wünschen Sie eine ganzheitliche Behandlung?  Ja  Nein

### Hinweise zur Praxisorganisation

Ihre Zeit ist wertvoll, unsere auch. Unser Praxis-Bestellsystem soll unnötiges Warten vermeiden. Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen 24 Stunden vorher telefonisch abzusagen.

Ihre Mundgesundheit ist unsere Herzensangelegenheit, daher erinnern wir Sie halbjährlich an Ihre Routineuntersuchung. Wenn Sie dies nicht wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit. Vielen Dank!

Datum/Unterschrift . . . . .



### Gibt es einen besonderen Grund für Ihren Besuch?

- Routinekontrolle
- Neuer Zahnersatz
- Implantatberatung
- Ganzheitliche Therapie
- Schmerzbehandlung
- Zweite Meinung
- Kiefergelenksbeschwerden
- .....

### Leiden oder litten Sie an Erkrankungen?

Ja    Nein

#### Herz oder Kreislauf

- Herzklappenentzündung
- Angina Pectoris
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzinfarkt
- Herzschrittmacher
- Leber
- Nieren
- Schilddrüse
- Magen-Darm-Trakt
- Gelenke (Rheuma)
- Ohrensausen/Tinnitus
- Wirbelsäule
- Migräne
- Prostataerkrankung
- Diabetes
- Epilepsie
- Grüner Star
- Tuberkulose
- Gerinnungsstörungen
- HIV (Aids)
- Hepatitis (A/B/C)
- Allergien

Welche? .....

.....

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Ja .....
- Nein

### Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- Ja .....
- Nein

### Knirschen Sie mit den Zähnen?

- Ja     Nein

### Rauchen Sie?

- Ja .....
- Nein

### Für Patientinnen

#### Sind Sie schwanger?

- Ja, in der ..... Woche.     Nein

#### Stillen Sie?

- Ja     Nein

#### Bemerkungen

.....

.....

Name .....

Datum/Unterschrift .....

