

ANMELDUNG

ZAHNMEDIZIN BORNHEIM DR. HALLER · DR. CRAMER

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 Krankenversicherungsmitglied 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 / Datenschutz

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

Ihre Mundgesundheit ist unsere Herzensangelegenheit, daher erinnern wir Sie gerne halbjährlich an Ihre Routineuntersuchung. Hinweis zum Datenschutz: Ihre personenbezogenen Daten nutzen wir für Terminerinnerung, Abrechnung und ggf. Kommunikation mit dem zahnmedizinischen und -technischen Labor. Wenn Sie dies nicht wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit. Vielen Dank!

Datum/Unterschrift



Gibt es einen besonderen Grund für Ihren Besuch?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Routinekontrolle | <input type="radio"/> Kiefergelenksbeschwerden | <input type="radio"/> Zahnersatzberatung |
| <input type="radio"/> Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> Angstfreie Behandlung | <input type="radio"/> Implantatberatung |
| <input type="radio"/> Ganzheitliche Zahnmedizin | <input type="radio"/> Amalgamentfernung | <input type="radio"/> Paradontitisberatung |
| <input type="radio"/> Sonstige: | <input type="radio"/> Zweite Meinung | <input type="radio"/> Invisalignberatung |

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen?

Ja Nein

Herz oder Kreislauf

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

Welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Ja (bitte Medikamentenliste beifügen)
 Nein

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- Ja (Welche?)
 Nein

Knirschen/Pressen Sie mit den Zähnen?

- Ja Nein

Rauchen Sie?

- Ja (Menge pro Tag?)
 Nein

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger?
 Ja, in der Woche. Nein
 Stillen Sie?
 Ja Nein

Bemerkungen/Anregungen/individ. Bedürfnisse:

.

Name

Datum/Unterschrift

