Patienten Anmeldebogen

guld ZAHNÄRZTE

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen.

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen. Die folgenden Angaben dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Wir bitten Sie daher auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Anschrift mitzuteilen. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Angaben zum Patienten

☐ m ☐ w

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

Straße & Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____ E-Mail _____

Angaben zum Hauptversicherten – Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

Straße & Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Wie sind Sie versichert?

☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ beihilfeberechtigt
☐ privat zusatzversichert ☐ privatversichert ☐ privatversichert mit Basistarif

Name der Krankenkasse _____

2. Allgemeine Gesundheitsfragen

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und / oder des Kopfes angefertigt? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt?

_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ ☐ Ja ☐ Nein

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?
Bei Materialien? ☐ Ja ☐ Nein
Bei bestimmten Arzneimitteln? ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente?

_____

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Wenn ja, welche? ☐ Ja ☐ Nein
(z.B. Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Herzklappenfehler, Schlaganfall)

_____

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte Rückseite beachten →

3. Persönlicher Gesundheitscheck

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)?	☐ Ja	☐ Nein	Atemswegerkrankungen (z.B. Asthma)?	☐ Ja	☐ Nein
Lebererkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein	Bluterkrankung/-gerinnungsstörung?	☐ Ja	☐ Nein
Erhöhter / erniedrigter Blutdruck?	☐ Ja	☐ Nein	Anfallsleiden (Epilepsie)?	☐ Ja	☐ Nein
Magen-Darm-Erkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein	Schilddrüsenerkrankung?	☐ Ja	☐ Nein
Nierenerkrankungen (z.B. Dialyse)?	☐ Ja	☐ Nein	Tumorerkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein
Osteoporose, Rheuma?	☐ Ja	☐ Nein	Sonstige Erkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein
Diabetes?	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche? _____		

Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt immer gut vertragen?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?	☐ Ja	☐ Nein
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	☐ Ja	☐ Nein
Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? _____	☐ Ja	☐ Nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung/Zahnfarbe zufrieden?	☐ Ja	☐ Nein

4. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Persönliche Empfehlung ☐ Jameda.de ☐ Kennstdueinen.de ☐ Google ☐ Facebook ☐ Praxis Webseite

☐ Printwerbung ☐ Überweisung von _____ ☐ Sonstiges _____

5. Aufklärung

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Sollten Sie daher einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen **spätestens 24 Stunden vorher** abzusagen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. ungenutzte Zeit nach §§ 304,615 BGB in Rechnung gestellt werden kann. Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig: Für den Fall, dass Sie Ihre Versicherungskarte bei Behandlungsbeginn nicht dabei haben, bitten wir Sie, diese spätestens nach 10 Tagen nachzureichen. Liegt uns Ihre Versicherungskarte nach diesem Zeitraum nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Formular an Praxis senden | **Formular ausdrucken**

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten