

Anmeldebogen



Luka Klimaschewski
Dr. Andreas Pelster
Zahnärzte Flonheim

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihre persönlichen Wünsche und Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikoarme und individuelle Behandlung.

Alle Ihre Antworten werden gemäß Datenschutzgesetz vom 26.8.2006 vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer ärztlichen Behandlung in unserer Praxis.
Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Patient(in)

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift (Straße, Hausnummer) _____

PLZ / Ort _____

Festnetznummer _____

Mobilfunknummer _____

Email Adresse _____

Beruf _____

Festnetznummer Arbeitsplatz _____

Ihr Hausarzt _____

mitversichert bei (nur bei Zutreffen ausfüllen)

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift (Straße, Hausnummer) _____

PLZ / Ort _____

Arbeitgeber _____

Krankenversicherung

- Gesetzlich versichert (GKV)
- freiwillig versichert (GKV)
- Zahnzusatzversicherung vorhanden
- zuschussberechtigt (Sozial-/Versorgungsamt)

- Privat versichert (PKV) ohne Beihilfe
- Privat versichert (PKV) mit Beihilfe
- Privat versichert (PKV) nur Basistarif**

Grund Ihres Besuchs

- Allgemeine Routineuntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zweite Zahnarztmeinung

Empfohlen durch _____

Überweisung durch _____

Überweisungsgrund _____

Bitte wenden

Welche Krankheiten oder körperliche Besonderheiten müssen wir bei einer Behandlung besonders beachten?

Herz/Kreislauf

- Herzinfarkt im Jahr _____
- Herzinsuffizienz/-erkrankung
- Herzinnenhautentzündung
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- Künstliche Herzklappen
- Angina pectoris
- Herzpass vorhanden
- Niedriger Blutdruck
- Hoher Blutdruck
- Ohnmachtsneigung

Blut

- Gerinnungsstörungen
- Bluter
- Neigung zu Nachblutungen

Atmungswege/Lunge

- Asthma
- Bronchitis

Infektionskrankheiten

- Hepatitis A/B/C
- HIV/Aids
- Tuberkulose

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit (Diabetes I/II)
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

Nerven

- Kopfschmerzen
- Migräne
- Epileptische Anfälle

Nieren

- Nierenerkrankung
- Dialyse

Augen

- Grüner Star
- Grauer Star

Magen-Darm-Trakt

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

Schwangerschaft

- ja, im ____ Monat
- nein
- ungewiss

Allergien

- Allergiepass vorhanden
- Zahnärztliche Werkstoffe:

Medikamente

- Regelmäßige Einnahme von

- Blutgerinnungshemmende Mittel (Marcumar, Heparin, ASS)

Unverträglichkeit gegen

Wollen Sie an Prophylaxe- und/oder Kontroll-Termine erinnert werden? Ja Nein

Patientenzufriedenheit:

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen:

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen und anderen Medikamenten.

Versichertenkarte:

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte grundsätzlich bei jedem Besuch. Liegt sie uns 14 Tage nach Behandlung noch nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und senden Ihnen unsere Rechnung zu.

Angaben zu Veränderungen meines allgemeinen Gesundheitszustandes:

Für den Fall, dass sich zwischenzeitlich mein Gesundheitszustand ändert, informiere ich meinen Zahnarzt vor der nächsten Behandlung.

Ort / Datum

Unterschrift

