



ANMELDEBOGEN

Name _____ Krankenkasse _____

Vorname _____ pflichtversichert ja / nein

Geb.Datum _____

Adresse _____

Tel. privat _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind,
wer ist Versicherter?

E-Mail _____

Name _____

Beruf _____

Vorname _____

Arbeitgeber _____

Geb.Datum _____

Ort _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

Tel. berufl. _____

ja / nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Für eine adäquate zahnmedizinische Betreuung und risikofreie Behandlung benötigen wir
neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Hausarzt _____

Bitte beantworten Sie umseitigen Gesundheitsfragebogen.



Wichtige Hinweise für unsere Patienten:

Wir sind bemüht, Ihnen lange **Wartezeiten** zu ersparen. Bitte bedenken Sie jedoch, dass auch Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen.

Wir sind verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen, dass bei zahnärztlicher Behandlung unter Lokalanästhesie (Spritze / örtliche Betäubung) die Fahrtauglichkeit (**Teilnahme am öffentlichen Straßenverkehr**) für ca. 2 Stunden eingeschränkt ist.

Wir bitten Sie höflichst, sollten Sie **vereinbarte Termine** nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, auch für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung nicht eingehaltene Termine privat in Rechnung zu stellen.

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Allergien Reagieren Sie überempfindlich oder allergisch auf bestimmte Stoffe oder Materialien?
Besitzen Sie einen Allergiepass? ja / nein
ja / nein

Herz-Kreislauf-
erkrankungen Leiden Sie unter akuten oder chronischen Erkrankungen des Herzens oder des Kreislaufs?
Blutdruck normal / niedrig / hoch ja / nein
Blutgerinnungsstörungen? ja / nein

Stoffwechsel-
störungen Leiden Sie an Diabetes?
Leiden Sie an Schilddrüsenerkrankungen?
Leiden Sie an Magen-Darm-Erkrankungen? ja / nein
ja / nein
ja / nein

Infektions-
krankheiten Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt?
(Hepatitis / Tuberkulose / HIV / u.a.)? ja / nein

Atemwege Leiden Sie an Asthma oder anderen Atemwegserkrankungen? ja / nein

Sonstiges Leiden Sie an grünem Star?
Leiden Sie an Epilepsie / Ohnmachtsanfällen?
Fühlen Sie sich gesund? ja / nein
ja / nein
ja / nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja / nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja / nein

Wenn ja, welche: _____

Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung? ja / nein

Wann fand Ihre letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung statt?

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert und unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und
habe die vorstehenden Hinweise zur Kenntnis genommen.

Unsleben, den _____

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter