

# Anmeldung

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Teilen Sie uns bitte auch künftige Änderungen Ihrer Anschrift, Wohnort und Gesundheitszustandes mit!

Patient/in  
Herr/Frau/Kind

[Redacted]			
Name	Vorname	Geburtsdatum/	-ort

Anschrift

Str. Hausnr.  
[Redacted]

PLZ/ Ort Telefon

Handy E-Mail

Mitglied/Zahlungspf.

Name	Vorname	geb.
Strasse/PLZ/ Ort		Telefon
Handy	E-Mail	

Name des Kostenträgers

[Redacted]

<input type="checkbox"/> Ich bin gesetzlich	<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert
<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte/r
<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert

Beruf des Mitgliedes

[Redacted]

Arbeitgeber

[Redacted]

Anschrift d. Arbeitgebers  
 Schüler/Student

**Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger:**

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung ( außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des gesetzlichen Vertreter/s notwendig.

[Redacted]

Ort, Datum

[Redacted]

Unterschrift Gesetzlicher Vertreter

Ist oder war Ihr Kind in Kieferorthopädischer Behandlung  Ja  nein

Kieferorthopäde-Name, Adresse, Telefon [Redacted]

**Ich erkläre mich einverstanden, dass im Bedarfsfall Rückfr. beim beh. Hausarzt eingeholt werden dürfen**

ja  
 nein

[Redacted]

Name/Tel.Nr. Hausarzt Unterschrift Patient

Allgemeine Fragen

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung ?

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

Haben Sie einen Röntgenpass ?

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt ?

Ist ein Pflegegrad vorhanden ?  Wenn ja welcher ?

Wie / durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam

Krankendatenblatt

- Asthma (Schwere Atemnot)
- Rheuma
- Bluterkrankung
- HIV - Infektion
- Hepatitis A / B / C (Gelbsucht)
- Schilddrüsenerkrankungen
- Zuckerkrankheit
- Osteoporose
- Blutgerinnungsstörungen
- Leberkrankheiten
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Bisphosphonate

regelmäßige Medikamente? Wenn ja welche : (Medikamentenliste)

Allergische Reaktionen  Medikament welche?

Materialien welche?

Herz /Kreislaufferkr.  Herzinfarkt Schlaganfall

Marcumar Lähmungen

Blutdruck  hoch  normal  niedrig besteht eine Schwangerschaft  ja  nein

Tragen sie einen Herzschrittmacher ?  ja  nein Rauchen Sie ?  ja  nein wie viele ?

Tragen Sie ein künstliches Gelenk?  ja  nein

Sonstige Angaben/ Krankheiten

Haben Sie Fragen zu Ihren Zähnen ? Z.B zu den Themen Zahnaufhellung, Prophylaxe, Implantation, Zahnersatz etc. ? Dann sprechen Sie uns gerne darauf an, wir beraten Sie gerne.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen, welches Sie uns entgegenbringen.

Wir bieten einen Recall-Service an. Wir erinnern Sie gerne per Post oder E-Mail an den nächsten Vorsorge Termin (alle 3/6 Monate nach der letzten Behandlung)

Recall gewünscht

Recall nicht gewünscht

wenn ja, per Post ?  
oder per Mail ?

E-Mail Adresse

Dürfen wir Ihnen Rechnungen, Kostenvoranschläge, Informationen etc. per Mail zu kommen lassen ?

ja

nein

*Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Sollten Sie Ihren geplanten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie spätestens 24 Std vorher abzusagen. Ansonsten müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr (50-100€) in Rechnung stellen.*

Datum

Unterschrift