

Anmeldebogen mit Anamnese

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname:	_____	Mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum:	_____	Name: _____
Adresse:	_____	Vorname: _____
Postleitzahl/Ort	_____	
Tel. Privat:	_____	Geburtsdatum: _____
Tel. Mobil:	_____	
E Mail:	_____	
Beruf:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Arbeitgeber, Ort:	_____	Name: _____
		Adresse: _____
Tel. Arbeitsplatz:	_____	_____
Krankenkasse:	_____	

Sind sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen

gesetzlich versichert?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Dienstes?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
pflichtversichert?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	privat versichert?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
zusatzversichert?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	privat versichert mit Standardtarif?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Hiermit entbinde ich o. g. Zahnarzt/-ärztin hinsichtlich der bei mir oder bei meinem Kind durchgeführten zahnärztlichen Behandlung/en gegenüber den Zahnärzten der Praxisgemeinschaft "Zahnärzte im Kantcenter" sowie gegenüber der BFS finance von der gesetzlichen Schweigepflicht. Mit der Weitergabe der entsprechenden Behandlungsunterlagen bin ich einverstanden.

- Ja nein
- Wünschen Sie, von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?
- Wünschen Sie von uns nur über die bestmögliche zahnmedizinische Versorgung aufgeklärt zu werden?
- Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

Organisationshinweise:

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht rechtzeitig abgesagt wurden in Rechnung stellen. Sollte das Nichterscheinen unverschuldet sein, so wird davon abgesehen.

Datum

Unterschrift

Unterschrift gesetz. Vertreter / Vormund

Bitte wenden

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bestimmte Krankheiten oder eine Schwangerschaft müssen bei der Behandlung unbedingt berücksichtigt werden, um unnötige Komplikationen zu vermeiden. In Ihrem eigenen Interesse bitten wir Sie daher, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns eventuelle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor einer Behandlung mit.

Ja Nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

() () Haben Sie Herz-/Kreislaufkrankungen? Wenn ja, welche? _____

() () Sind Sie empfindlich oder haben Allergien gegen bestimmte Stoffe, Medikamente, Metall, etc.? Welche? _____

() () Haben Sie Gelenkimplantate? Künstl. Herzklappen o. Herzschrittmacher?

() () Sind Sie HIV positiv?

() () Haben Sie Hepatitis A/ B/ C?

() () Nehmen Sie Medikamente für die Blutgerinnung ein? Welche? _____

() () Nehmen Sie weitere Medikamente ein? Welche? _____

() () Haben Sie Diabetes?

() () Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

() () Haben Sie eine Magen-/ Darm-/ Nierenerkrankung?

() () Leiden Sie an Migräne?

() () Haben Sie grünen Star?

() () Haben Sie eine Prostataerkrankung?

() () Haben Sie Asthma?

() () Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche? _____

() () Sonstiges? _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

() () Haben Sie Zahnschmerzen?

() () Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

() () Blutet Ihr Zahnfleisch?

() () Sind Ihre Zähne gelockert?

() () Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk?

() () Erinnerung (Recall) an prof. Zahnreinigung und/oder Vorsorgeuntersuchung erwünscht?
per E-mail ()
per Post ()

Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich. Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift

Unterschrift gesetz. Vertreter / Vormund