

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____	Bei Familienversicherung bitte den
Vorname: _____	Hauptversicherten eintragen:
Geburtsdatum: _____	Name: _____
Adresse: _____	Vorname: _____
Postleitzahl/Ort: _____	Geburtsdatum: _____
Adresszusatz c/o: _____	
Tel. Privat: _____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Tel. Mobil: _____	(bei Minderjährigen)
E Mail: _____	Name: _____
Beruf: _____	Geburtsdatum: _____
Arbeitgeber, Ort: _____	Adresse: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____	_____
Krankenkasse: _____	

gesetzlich versichert? <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 mit Basis/Standardtarif? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein (Nachweis bitte vorlegen)
Wenn ja, bei welcher Versicherung? _____	Beihilfeberechtigter? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Wer hat uns empfohlen?

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 (nur gültig in Verbindung einer unterschriebenen Einverständniserklärung der BFS finance) von der gesetzlichen Schweigepflicht. Mit der Weitergabe der entsprechenden Behandlungsunterlagen bin ich einverstanden.

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 mind. 24 Stunden vor dem Termin 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 bzw. einkreisen**)

- 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, Stent o. Herzschrittmacher?
Wenn ja, seit wann: _____
- 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? Typ: _____ / HbA1C-Wert: _____
- 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?
- Sind Sie unzufrieden mit Ihrer Zahnstellung?
- Erinnerung (Recall) an prof. Zahnreinigung und/oder Vorsorgeuntersuchung erwünscht?
per E-mail per SMS
Wünschen Sie keinen Recall, bedenken Sie bitte, dass Ihnen bei vergessenem oder verpasstem Vorsorgetermin weniger Zuzahlungen seitens der gesetzlichen Krankenkassen zustehen.

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