



ANMELDUNG

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, diesen Bogen mit zweiter Seite vollständig auszufüllen. Unser Team hilft Ihnen gerne dabei.

Patient	[]		
	Name	Vorname	Geburtsdatum

Hauptversicherter	[]		
	Name	Vorname	Geburtsdatum

Patientenanschrift

[]

Straße, Nr.

[]

PLZ / ORT

Telefon	[]		
	Privat - Fon	Privat - Fax - E-Mail	Mobil - Fon

Gesetzliche Krankenkasse	[]	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bezeichnung	Zahnzusatzversicherung ?

Private Versicherung	[]	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bezeichnung	beihilfeberechtigt ?

Arbeitgeber	[]		[]	[]
	Name / Firmenbezeichnung		Telefon dienstlich	Beruf

Hausarzt	[]	
	Name	Rufnummer

Wünschen Sie eine spezielle Beratung zu folgenden Themen:

	Ja	Nein	z. Zeit nicht	Bemerkung
professionelle Zahnreinigung				
Bleichen von verfärbten Zähnen				
Füllungsalternativen (z.B. Kunststofffüllungen oder Keramikinlays)				
Schientherapie bei Kopfschmerzen oder Tinnitus				
Vollkeramische Front- u. Seitenzahnversorgungen				
Implantate mit hochwertigem Zahnersatz				
individueller Wunsch				



Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand!

Ihre Antworten sind wichtig, um mögliche Risiken bei der Behandlung und Medikation zu vermeiden.

	Ja	Nein	nicht bekannt	Bemerkung
Endokarditis Prophylaxe?				
Zahnfleischbluten?				
Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?				Woche:
Wann war die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?				

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten:

Hoher / niedriger Blutdruck?				
Herzinfarkt (ggf. wann)?				
Medikamente zur künstlichen Blutverdünnung?				
Herzschrittmacher?				
Bluterkrankungen o. Blutgerinnungsstörungen?				
Asthma ?				
allergische Reaktionen?				
Unverträglichkeiten von Medikamenten?				
Infektionskrankheiten (Tbc, Hepatitis A, ~ B, ~ C, Aids, o. a.)?				
Schlaganfall, Lähmungen (ggf. wann)?				
Leberkrankheiten?				
Zuckerkrankheit (Diabetes)?				
Rheuma?				
homöopathischer Behandlung?				
andere Krankheiten, wenn ja, welche?				
regelmäßige Medikamenteneinnahme (ggf. welche)?				
Rauchen Sie? Wieviel?				

Für Mitglieder der gesetzlichen Krankensversicherungen:

Haben Sie seit 1998 regelmäßig 1 x pro Jahr die zahnärztliche Untersuchung in Ihr Bonusheft eintragen lassen?

<input type="checkbox"/> ja, seit 2003	<input type="checkbox"/> ja, seit 2.....	<input type="checkbox"/> nein
--	--	-------------------------------

Bei wem dürfen wir uns für Ihre Empfehlung bedanken?

[Empty box for name]

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB. sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse, sonstiger Personalien und Versicherungsstatus sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Mönchengladbach, den

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mühe. Wir freuen uns, daß Sie in unserer Praxis sind!
Dr. Schawacht und das Team