



ZAHNARZTPRAXIS AM BRÜHL®
ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE

ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

NAME: _____
VORNAME: _____
GEBURTSDATUM: _____
ADRESSE: _____

TEL. PRIVAT: _____
E-MAIL: _____
BERUF: _____

ARBEITGEBER, ORT: _____

TEL. ARBEITSPLATZ: _____

ÜBER WEN SIND SIE VERSICHERT?

NAME: _____
VORNAME: _____
GEBURTSDATUM: _____

WER SOLL DIE RECHNUNG ERHALTEN?

NAME: _____
ADRESSE: _____
GEBURTSDATUM: _____

KRANKENVERSICHERUNG: _____

- GESETZLICH VERSICHERT
- PRIVAT VERSICHERT - **NICHT** IM BASISTARIF
- PRIVAT VERSICHERT - IM BASISTARIF
- BEIHILFEBERECHTIGT
- ZUSATZVERSICHERUNG VORHANDEN
- FREIWILLIG VERSICHERT

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- EMPFEHLUNG DURCH: _____
- SONSTIGES: _____
- INTERNET

WÜNSCHEN SIE EINE HALBJÄHRLICHE ERINNERUNG AN DIE ZAHNÄRZTLICHE VORSORGEUNTERSUCHUNG/ PROPHYLAXE BEI UNS?

- JA
- NEIN

WENN JA, PER:

- TELEFON
- BRIEF
- E-MAIL

GESUNDHEITSBOGEN

AUCH ALLGEMEINERKRANKUNGEN KÖNNEN AUSWIRKUNGEN AUF DIE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG HABEN. DESWEGEN BITTEN WIR SIE DIESEN GESUNDHEITSBOGEN AUSZUFÜLLEN. ER WIRD IHREN PERSÖNLICHEN UNTERLAGEN BEIGEFÜGT. SELBSTVERSTÄNDLICH UNTERLIEGEN DIESE ANGABEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT. SIE DIENEN AUSSCHLIESSLICH DAZU, UNSERE BEHANDLUNG IHREM GESUNDHEITZUSTAND ANZUPASSEN.

ALLGEMEINE SITUATION

ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

- LOKALANÄSTHETIKA
- SCHMERZMITTEL
- ANTIBIOTIKA
- ANDERE _____

BLUTDRUCK: NIEDRIG NORMAL HOCH

- HERZERKRANKUNGEN / HERZRHYTHMUSSTÖRUNGEN
- TRAGEN SIE EINEN HERZSCHRITTMACHER?
- NEHMEN SIE BLUTVERDÜNNER (Z.B. MARCUMAR, ASS)?
- INFEKTIONSKRANKHEITEN (HEPATITIS, TBC, HIV)
- DIABETES (ZUCKERKRANKHEIT)
- SCHILDDRÜSENERKRANKUNG
- NEHMEN SIE Z.ZT. MEDIKAMENTE EIN?
WENN JA, WELCHE? _____

RAUCHEN SIE? WENN JA, WIEVIEL/TAG? _____

ZAHN – UND MUNDSITUATION

- ZAHNFLEISCHBLUTEN
- ZAHNFLEISCHRÜCKGANG
- GERÄUSCHE IM KIEFERGELENK (Z.B. BEIM KAUFEN)
- SCHMERZEN AM KOPF ODER IM NACKEN?

SIND SIE MIT DER STELLUNG/FARBE/FORM IHRER ZÄHNE, KURZ: MIT IHREM „LÄCHELN“, ZUFRIEDEN?

- WANN WURDEN SIE ZULETZT ZAHNÄRZTLICH GERÖNTGT?
- VOR _____ MONATEN

BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT?

- JA , _____ WOCHE
- NEIN
- UNGEWISS

WIR MÖCHTEN SIE DARAUF HINWEISEN, DASS DIE FAHRTAUGLICHKEIT NACH EINER LOKALEN BETÄUBUNG EINGESCHRÄNKT IST, UND BITTEN SIE, UNS ÄNDERUNGEN IHRES GESUNDHEITZUSTANDS UNVERZÜGLICH MITZUTEILEN. WIR HOFFEN, DASS SIE SICH IN UNSERER PRAXIS WOHL FÜHLEN UND STEHEN IHNEN BEI FRAGEN GERNE ZUR VERFÜGUNG.

DATUM / UNTERSCHRIFT (BEI MINDERJÄHRIGEN GESETZL. VERTRETER)

WIR SIND EINE BESTELLPRAXIS. WENN IHR ZAHNARZT SEINE ZEIT FÜR SIE RESERVIERT UND SIE NICHT ERSCHEINEN, WAS DANN? WEDER ER NOCH SEINE MITARBEITER SIND IN DER ZEIT BESCHÄFTIGT. DIE GESAMTE PRAXIS WAR AUF IHREN BESUCH EINGESTELLT. FÜR DEN FALL, DASS SIE EINE RESERVIERTE BEHANDLUNGSZEIT NICHT IN ANSPRUCH NEHMEN KÖNNEN, BITTEN WIR SIE DESHALB RECHTZEITIG (D. H. MÖGLICHST 48 STD, VORHER) ABZUSAGEN. SIE ERWEISEN UNS UND IHREN MITPATIENTEN DAMIT EINEN GROSSEN GEFALLEN. BEI MEHRMALIGEM NICHTERSCHEINEN OHNE VORHERIGE ABSAGE KÖNNEN WIR IHNEN AUS ORGANISATORISCHEN GRÜNDEN KEINE FESTEN TERMINE MEHR GEBEN. AUSFALLZEITEN DÜRFEN UND KÖNNEN NACH §615 SATZ BGB § 287 ZPO BERECHNET WERDEN. – SOLLTE DAS BEI IHNEN DER FALL SEIN, WERDEN WIR IHNEN EINEN HONORARAUSFALL IN HÖHE VON 20,- EURO PRO ANGEFANGENE 15 MINUTEN BEHANDLUNGSZEIT IN RECHNUNG STELLEN.