

Anmeldebogen mit Anamnese

Berlin, den _____

Name, Vorname: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

Name: _____

Vorname: _____

Telefon mobil / privat: _____

Geburtsdatum: _____

Erlauben Sie uns hiermit, Ihnen eine Terminbestätigung per SMS zu senden? Ja Nein

Beruf: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Arbeitgeber: _____

Name: _____

Telefon Arbeitsplatz: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? Ja Nein

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? Welche? _____ Ja Nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Welche? _____

Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein → **Rheuma?** Ja Nein

Herz-/Kreislaufkrankung? Ja Nein → **hoher Blutdruck?** Ja Nein

H I V / AIDS? Ja Nein → **Asthma?** Ja Nein

Drogenkonsum? Ja Nein → **Diabetes?** Ja Nein

Hepatitis? Ja Nein → **Nierenfunktionsstörung?** Ja Nein
Welche? **A** / **B** / **C**

Epilepsie? Ja Nein → **Osteoporose?** Ja Nein

Tumore / Krebs? Ja Nein → **Bisphosphonate?** Ja Nein

Alkoholgenuss? Wenn ja - selten regelmäßig Nein

Sind Sie **Raucher?** Wenn ja - 1 – 10 Zig./Tag mehr als 10 Zig./Tag Nein

Sind Sie **schwanger?** Ja (Woche: _____) Nein

Haben Sie einen **Pflegegrad?** Ja (Welcher: _____) Nein

Haben Sie eine **Allergie?** Ja Wenn ja, wogegen? _____ Nein

Bitte lesen Sie auch die Rückseite!

Warum begeben Sie sich in Behandlung?

- Kontrolluntersuchung? Ja Nein
- Haben Sie **Zahnschmerzen**? Ja Nein
- Haben Sie **Schmerzen im Kiefergelenk / Kopf-Nacken-Bereich**? Ja Nein
- Blutet Ihr Zahnfleisch? Ja Nein
- Sind Ihre Zähne gelockert? Ja Nein
- Fand in den letzten drei bis sechs Monaten eine zahnärztliche Röntgenuntersuchung in einer **anderen** Praxis statt? Ja Nein

Möchten Sie an unserem Recall-System teilnehmen?

Dann bekommen Sie regelmäßig eine "Erinnerung" von uns, dass es wieder Zeit für eine Vorsorgeuntersuchung ist.

- Ja**, ich möchte eine Erinnerung. **Nein**, ich möchte keine Erinnerung.
- per Post** / **per E-Mail** (E-Mail-Adresse lautet _____)
- per SMS** (Handynummer lautet _____)

Wir bemühen uns stets, Ihre Termine pünktlich einzuhalten. Durch unvorhersehbare Ereignisse kann es jedoch immer wieder zu Verzögerungen kommen. Wir bitten Sie um Ihr Verständnis!

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über ... (ggf. ankreuzen)

- Bleaching / Zahnaufhellung Kinderprophylaxe
- Inlays / Kronen aus Vollkeramik
- Amalgamaustausch und Alternativen Implantate

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Berlin, den _____

Unterschrift des Versicherten

Es ist uns rechtlich erlaubt, vereinbarte Termine, die nicht rechtzeitig abgesagt werden (24 Stunden vor der Behandlung) angemessen in Rechnung zu stellen. Da dies natürlich nicht in unserem Sinne ist, bitten wir Sie daran zu denken, uns rechtzeitig anzurufen, falls es Ihnen einmal nicht möglich ist, uns zu besuchen.

Mit dieser Unterschrift willigen Sie ein, dass Ihre erhobenen Daten gespeichert und ggf. von allen in der Praxis arbeitenden Mitarbeitern weiterverarbeitet werden. Auch stimmen Sie zu, dass bei Bedarf Ihre Röntgenbilder per E-Mail an Dritte (z.B. Chirurgen, Kieferorthopäden o.Ä.) weitergeleitet werden dürfen.

Berlin, den _____

Unterschrift des Versicherten

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!