

ANMELDUNG

(bitte vollständig ausfüllen)

PERSÖNLICHES

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Ort
Telefon	Mobil	E-Mail
Krankenkasse (gesetzlich)	Bonusheft / Kostenbefreiung nein 20% 30% 100%	Zahnzusatzversicherung
Privatversicherung	beihilfeberechtigt	Tarifbesonderheiten (z.B. Basistarif)
Beruf	Arbeitgeber	Telefon/Fax/tagsüber erreichbar

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Ihr Versicherter?

Versicherter: Name	Vorname	Geburtsdatum
Abweichende Adresse	Telefon	E-Mail

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

Rechnungsempfänger: Name	Vorname	Geburtsdatum		
Abweichende Adresse	Telefon	E-Mail		
Gewünschte Zahlungsweise:	Bar	EC-Card	Überweisung	Bankeinzug

Mein(e) Hauptanliegen für den Besuch beim Zahnarzt

<input type="checkbox"/> Kontrolle	<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> Implantatberatung	<input type="checkbox"/> Parodontalberatung
<input type="checkbox"/> Zahnerhalt / Vorsorge	<input type="checkbox"/> 2.Meinung	<input type="checkbox"/> Sanierung	<input type="checkbox"/> Schöne Zähne
<input type="checkbox"/> Notfallbehandlung	<input type="checkbox"/> schmerzfreie / -arme Behandlung	Sonstiges	

Wie sind Sie auf unser Zahnzentrum aufmerksam geworden?

Empfehlung durch	Internet	Branchen- /Telefonbuch	Sonstiges
------------------	----------	------------------------	-----------

ANGABEN ZUR GESUNDHEIT (Bitte kreuzen Sie jene Krankheiten / Punkte an, die auf Sie zutreffen.)

Hausarzt / betreuender Facharzt	Ort			für interne Vermerke
<input type="checkbox"/> Medizinische Behandlung in den letzten 5 Jahren	Wenn ja, welche?			
<input type="checkbox"/> Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	Wenn ja, welche?			
<input type="checkbox"/> Allergie, Überempfindlichkeit	Wenn ja, worauf?			
<input type="checkbox"/> (Frauen) Schwangerschaft?	Ich bin in der	Woche.	<input type="checkbox"/> Ungewiss	
<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufferkrankungen Herz-OP	Herzfehler	Klappenersatz	Schrittmacher	
Wie ist Ihr Blutdruck?	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> erhöht	
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Sonstige	
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen oder Bluterkrankungen				

Bitte auch die Rückseite ausfüllen



<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/> Asthma	für interne Vermerke			
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus(Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung				
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Unterfunktion		<input type="checkbox"/> Überfunktion	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Osteoporose				
<input type="checkbox"/> Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> Epilepsie (Anfallsleiden)				
<input type="checkbox"/> Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)	<input type="checkbox"/> Strahlen- Chemotherapie				
<input type="checkbox"/> Raucher	Zigaretten/Tag seit		Jahren	aufgehört seit	Jahren
<input type="checkbox"/> Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> selten		<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> Alkohol kann angewendet werden
<input type="checkbox"/> Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Bulimie oder Magersucht				
<input type="checkbox"/> Ich fühle mich psychisch stark belastet	<input type="checkbox"/> Sonstiges				

Angaben zur Zahn-Mund-Situation

<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> Oberkiefer	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Front	für interne Vermerke
	<input type="checkbox"/> Unterkiefer	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> Seite	
<input type="checkbox"/> Heiß-/Kaltempfindlichkeit der Zähne	<input type="checkbox"/> Zähne reagieren auf süß / sauer			
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Zahnfleischrückgang			
<input type="checkbox"/> Zahnfehlstellung	<input type="checkbox"/> Zahnbelag, Zahnverfärbung			
<input type="checkbox"/> Kopf-, Hals-, Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> Geräusche, Knacken im Kiefergelenk			
<input type="checkbox"/> Spannungsgefühl, Schmerzen im Kiefergelenk	<input type="checkbox"/> Ohrensausen / Tinnitus			
<input type="checkbox"/> Knirschen oder Pressen mit den Zähnen				
<input type="checkbox"/> Schlechten Atem, Mundgeruch	<input type="checkbox"/> Metallgeschmack, Zungenbrennen			
<input type="checkbox"/> Ich habe Angst vorm Zahnarzt	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> extrem	
Mein letzter Zahnarztbesuch war vor		Monaten	Jahren bei	
Früherer Zahnarzt / Hauszahnarzt oder überweisender Zahnarzt		Ort		
Letzte Röntgenaufnahmen der Zähne / Schädel		Wann?	Welche Region?	
<input type="checkbox"/> Ich lege Wert auf eine Behandlung in lokaler Betäubung?				

Wichtige Informationen

- Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, auftretende Änderungen umgehend mitzuteilen.
- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten bin ich einverstanden.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 48 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. (§§ 615 / 280 BGB).
- Ich habe die Zusatzinformation zur Abrechnung und allgemeine Hinweise zur Behandlung gelesen.
- Ich möchte automatisch an meine nächste zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden (Recall). Bitte per E-Mail SMS Telefon Post Bitte nicht

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient

und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter