

Anmeldebogen - Zahnarztpraxis Kurt Müller

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____
PLZ | Wohnort: _____ Straße: _____
geb. am _____ Geburtsort: _____

Bitte füllen Sie den Anmeldebogen aus!

ja nein

- Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Beschwerden?
- Haben Sie einen Herzschrittmacher, Herzklappenfehler oder - ersatz?
- Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen?
- Haben Sie Stoffwechselerkrankungen? (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)
- Haben Sie Blut- oder Infektionserkrankung? (z. B. Hepatitis A, B o. C, Tbc, HIV)
Wenn ja, welche _____
- Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche _____
- Sind oder waren Sie alkohol- oder drogenabhängig?
- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wer ist Ihr Hausarzt _____
- Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?
Wenn ja, welche _____
- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (z. B. ASS, Marcumar, Heparin)
- Hatten Sie Operationen?
Wenn ja, welche _____
- Sollen Sie auf ärztliche Anweisung vor Behandlungsbeginn beim Zahnarzt
irgendwelche Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche _____
- Haben Sie Arzneimittelüberempfindlichkeiten?
Wenn ja, welche _____
- Leiden Sie unter Osteoporose? (gestörter Knochenstoffwechsel)
- Tragen Sie ein Hüftgelenks- oder Kniegelenksprothese?
- Bei welchem Zahnarzt waren Sie zuletzt in Behandlung und wann?

- Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat _____
- Haben Sie sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche _____
- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphospho-
naten behandelt? (z. B. Alendron, Bonviva, Bondronat, Actonel, Fosavance, Fosamax,
Zomete, Aredia usw.) Wenn ja, welche _____
- Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?
Wenn ja, wann _____
- Kommen Sie auf Empfehlung? Wenn ja, von wem _____
- Haben Sie Angst vor der Behandlung?
- Ist die Behandlung mit Spritzen erwünscht?
- Haben Sie bislang Spritzen beim Zahnarzt gut vertragen?
- Kennen Sie bereits die Prophylaxe (Vorbeugung) von Zahnerkrankungen?

Hinweis: Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Wenn Sie Termine vereinbaren, beachten Sie bitte, bei Verhinderung, den Termin rechtzeitig abzusagen. Ansonsten behalten wir uns vor, für nicht abgesagte Termine eine Ausfallgebühr in Höhe von 50,- Euro pro Stunde Ihnen in Rechnung zu stellen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Zahlungsverzug werden die dafür benötigten Daten jedoch an einen Rechtsanwalt bzw. Inkassodienst weitergeleitet.

Bad Königshofen, den _____

Unterschrift