

Anmeldung

Wir bitten Sie, im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und ermöglichen es uns, die Behandlung Ihren Wünschen und Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Patientendaten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefon/ Mobil: _____ E-Mail: _____
Krankenkasse: _____ Freiwillig versichert: ja ☐ nein ☐ Zusatzversicherung: ja ☐ nein ☐
Hausarzt: _____
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Kopf-/ Kieferbereich?: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen, **bei Kindern**):

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefon/ Mobil: _____

Allgemeinmedizinische Auskünfte:

Frauen

Besteht eine Schwangerschaft: ja ☐ _____ Woche nein ☐ ungewiss ☐

Haben oder hatten Sie

Allergien: ja ☐ Welche?: _____ nein ☐

Asthma: ja ☐ nein ☐ Lungenerkrankung: ja ☐ nein ☐

Herzerkrankung (Herzinfarkt, Herz-OP, Angina Pectoris, Herzrhythmusstörung, Herzschwäche, ...) ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Herzschritmacher: ja ☐ nein ☐ Blutgerinnungsstörung: ja ☐ nein ☐

Herzklappenersatz: ja ☐ nein ☐ Endo-Prothese (künstl. Gelenke): ja ☐ nein ☐

Endokarditis-Prophylaxe bzw. Antibiotikatherapie vor bestimmten Behandlungen notwendig?: ja ☐ nein ☐

Schlaganfall: ja ☐ Wann?: _____ nein ☐ Blutdruckveränderung: hoch ☐ niedrig ☐

Ohnmachtsneigung ja ☐ nein ☐ Anfallsleiden (Epilepsie): ja ☐ nein ☐

Diabetes: ja ☐ nein ☐ Schilddrüsenerkrankung: ja ☐ nein ☐

Nierenerkrankung: ja ☐ nein ☐ Lebererkrankung: ja ☐ nein ☐

Osteoporose ja ☐ nein ☐

Behandlung m. Bisphosphonate: ja ☐ nein ☐

!!! bitte wenden !!!

Infektionskrankheiten (HIV/ Aids, Hepatitis, Tuberkulose, Creutzfeld-Jakob, MRSA, Covid-19) ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie Blutverdünner?: ja ☐ Welchen?: _____ nein ☐

Welche Medikamente nehmen Sie noch regelmäßig?: _____

Weitere Angaben:

Haben/ Hatten Sie eine Chemo-/ Bestrahlungstherapie: ja ☐ Wann?: _____ nein ☐

Sind Sie Raucher?: ja ☐ Wie viele Zigaretten pro Tag?: _____ nein ☐

Sind/ waren Sie alkohol-/ drogenabhängig?: ja ☐ nein ☐

Haben Sie einen Pflegegrad oder bekommen eine Eingliederungshilfe?: ja ☐ nein ☐

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit!

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift (gesetzl. Vertreter)

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger:

Hat der/die Patient/in das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift (gesetzl. Vertreter)

Hinweise zu unserem Praxisverlauf:

Wir bemühen uns stets, unsere Terminorganisation so effizient wie möglich zu gestalten. Eine Absage sollte daher nur in dringenden Fällen, möglichst 24h vor der Behandlung, erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden gegebenenfalls **privat** in Rechnung gestellt.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich meist nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Es kann daher, nach Absprache zu Mehrkosten kommen, die privat getragen werden müssen.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/ oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift (gesetzl. Vertreter)