

Anmeldebogen

Bevor wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen Wünsche bemühen, benötigen wir neben Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Deswegen möchten wir Sie schon im Vorhinein bitten, diesen Anmeldebogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname: _____ Geburtstag: _____
Straße / Nr.: _____ Geburtsort: _____
PLZ / Ort: _____ Beruf: _____
E-Mail Adresse: _____@_____ Arbeitgeber, Ort: _____
Pflegegrad/Pflegestufe: ja nein _____

Telefonnummern

Privat: _____ Geschäftlich: _____
Mobil: _____

Krankenkasse/-versicherung _____

gesetzlich versichert	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	privat versichert	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Zusatzversicherung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Basistarif	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
			beihilfeberechtigt	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Hauptversicherte/r?

Name / Vorname: _____ Geburtstag: _____
Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Ihre Gesundheit

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Asthma/COPD | <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c | <input type="radio"/> Glaukom/grüner Star |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Magen-/Darmerkrankung | <input type="radio"/> Gerinnungsstörungen |
| <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> HIV | <input type="radio"/> Arthrose |
| <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Migräne |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Creuzfeldt-Jakob-Krankheit | <input type="radio"/> Bluthochdruck |
| <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> bösartige Krebserkrankungen | <input type="radio"/> Endokarditis |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Herzklappenersatz | |
| <input type="radio"/> Nierenfunktionsstörung, wenn ja dialysepflichtig? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | | |
| <input type="radio"/> Allergien/Unverträglichkeiten (z.B. Eugenol, Penicillin, Latex) | | |
- Wenn ja, welche _____

Leiden Sie an Erkrankungen, die bisher noch nicht abgefragt wurden?

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ja, ___ Zigaretten pro Tag nein

Medikamente

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (Xarelto, Marcumar, ASS etc.) ein?

ja: _____ nein

Bekommen Sie Bisphosphonat-Präparate? ja nein

Nehmen Sie darüber hinaus noch Medikamente ein? nein

ja: _____

Für unsere Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft? ja, in der _____. Woche nein

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

- Kontrolluntersuchung Professionelle Zahnreinigung
 Schmerzen/Beschwerden Andere Gründe: _____

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Wann war die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung? _____

Hatten Sie bereits eine Zahnfleischbehandlung? ja im Jahr _____ nein

Haben Sie Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang? ja nein

Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche / Schmerzen? ja nein

Schnarchen Sie oder knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe / Zahnform zufrieden? ja nein

Dürfen wir Sie an Ihren nächsten Prophylaxe- und Kontrolltermin erinnern?

ja, per Brief E-Mail SMS nein

In eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet Anzeige Empfehlung durch _____
 alternativ _____

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das bedeutet, dass Ihr Termin ausschließlich für Sie reserviert ist und wir Ihnen kurze Wartezeiten ermöglichen.

Leider erscheinen 10-15% aller Patienten trotz Erinnerung unentschuldigt nicht zum vereinbarten Termin. Das ist sehr bedauerlich, weil der Terminbedarf sehr hoch ist, und viele Patienten lange auf einen Termin warten müssen. Natürlich haben wir vollstes Verständnis, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten jedoch grundsätzlich um rechtzeitige Mitteilung unter **06224/51456** oder **kontakt@drmaerker.de**. Bei Nichteinhalten wird – wie in den meisten anderen Praxen auch - ein **entsprechendes Ausfallhonorar** berechnet.

Hiermit versichere ich, alle Fragen verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlung ergeben, umgehend zu informieren.

_____, den _____

Ort

Datum

Unterschrift