

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname: _____	Mitglied sind, wer ist der Versicherte?
Geburtsdatum: _____	Name: _____
Adresse: _____	Vorname: _____
_____	Geburtsdatum: _____
Tel. : _____	
Beruf: _____	Beihilfeanspruch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenkasse: _____	Privatversichertenstatus Basis mit
	Leistungsvergütungseinschränkung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Allgemeiner Teil:

Sind sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, weshalb? _____
Hausarzt: _____
Nehmen Sie Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Leiden Sie an Allergien oder vertragen Sie bestimmte Stoffe (Medikamente, Metalle) nicht? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Bluten oder heilen Schnittverletzungen bei Ihnen länger als normal ? ja nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein
Sind oder waren Sie von einer der folgenden Erkrankungen betroffen?:
Tbc, Gelbsucht (Hepatitis), HIV-Infektion? ja nein
Haben Sie Diabetes? ja nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein
Haben Sie Asthma? ja nein
Für weibliche Patienten: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja nein

Spezieller Teil:

Haben Sie Zahnschmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutet Ihr Zahnfleisch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Knackt Ihr Kiefergelenk? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fand eine Röntgenuntersuchung statt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Ihre Zähne gelockert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Kariesvermeidung Ästhetische Zahnheilkunde Implantate
 zahnfarbene und andere Füllungsalternativen?

Möchten Sie regelmäßig an eine fällige Nachkontrolle oder einen Termin zur professionellen Zahnreinigung erinnert werden? ja nein
Wurde Ihnen meine Praxis durch jemanden empfohlen? ja nein
Wenn ja, von wem _____

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie daher, die Termine pünktlich einzuhalten bzw. ggf. frühzeitig - **spätestens 24 h vorher** - abzusagen. Ansonsten sehen wir uns gezwungen, Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von 49 Euro pro halbe Stunde in Rechnung zu stellen, es sei denn, Sie bleiben unverschuldet vom Behandlungstermin fern. In diesem Fall sind dem Zahnarzt die Gründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Im Falle der Zahlung per Rechnung bin ich mit einer Anfrage zum Zwecke der Prüfung der Adress- und Bonitätsdaten bei der Bürgel GmbH & Co KG, Postfach 500166, 22701 Hamburg, einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich das wahrheitsgetreue Ausfüllen und Kenntnisnahme des Fragebogens. Bei Änderungen werde ich meinen Zahnarzt direkt informieren.

Köln,

bitte Rückseite beachten ----->#

(Unterschrift)