

**Dr. med. dent. Sonja Preußner
Zahnärztin**

Giesdorfer Straße 12 - 50997 Köln
Telefon: 02233 - 2 36 30 - Telefax: 02233 - 209761

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Tel. : _____
Beruf: _____
Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Mitglied sind, wer ist der Versicherte?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Beihilfeanspruch: ja nein
Privatversicherterstatus Basis mit
Leistungsvergütungseinschränkung? ja 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? ja nein Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein Knackt Ihr Kiefergelenk? ja nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück ? ja nein Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja nein
Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:
 Kariesvermeidung Ästhetische Zahnheilkunde Implantate
 zahncfarbene 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.

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)