

Zahnarztpraxis Dr. Merkel

Herzlich Willkommen in Ihrer Zahnarztpraxis in Stadtoldendorf! Das Ausfüllen dieses Anmeldebogens dient der Erfassung Ihrer Daten und dem Streben nach einer möglichst komplikations- und schmerzfreien individuellen zahnärztlichen Behandlung.

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Straße _____

PLZ und Ort _____ Telefon _____

Telefon(mobil) _____ Email _____

Beruf _____ Arbeitgeber (bei Unfällen) _____

Krankenversicherung _____

(bei Privatversicherten oder Beihilfeberechtigten behalten wir uns vor, über dem Standardsatz 1,7 abzurechnen)

Versicherter (falls abweichend)

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Hausarzt

Name _____

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

Durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Wir sind eine moderne, prophylaxeorientierte Praxis mit Terminsystem! Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte umgehend an. Nur so ist es möglich, für alle Patienten unnötige Wartezeiten zu vermeiden!

Die gesetzlichen Krankenkassen empfehlen eine halbjährliche Routinekontrolle ! Möchten Sie an diesen halbjährlichen Kontrolltermin automatisch erinnert werden, kreuzen Sie bitte das folgende Feld an. Wir erinnern Sie dann gerne schriftlich daran!

- JA, ich möchte halbjährlich an meinen Vorsorgetermin erinnert werden.

Gesundheitsbogen

Allgemeinerkrankungen und Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie diesen Gesundheitsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Selbstverständlich unterliegen diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem individuellen Gesundheitszustand optimal anzupassen.

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja

Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen? Ja

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Ja Hoher oder niedriger Blutdruck? Ja

Asthma, Atemnot? Ja Diabetes mellitus? Rheuma? Ja

Lebererkrankungen/Schilddrüsenerkrankungen? Ja Tuberkulose? Ja

Blutgerinnungsstörungen? Ja haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja

Welche Allergien haben Sie?

Welche anderen allgemeinen Erkrankungen haben Sie?

Haben Sie HIV (Aids)? Ja

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein, oder haben Sie zeitnah eingenommen?

Besteht eine Schwangerschaft? Ja

Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.
Beachten Sie bitte, dass Medikamente und Betäubungsspritzen Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen können.

Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben.