

Anmelde-Formular

Füllen Sie dieses Formular bitte vollständig aus, damit wir uns gewissenhaft um Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern können. Bei eventuellen Fragen helfen wir gerne. Mögliche spätere Änderungen teilen Sie uns bitte umgehend mit. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient (Name, Vorname): _____ geb.: _____

Versicherter (Name, Vorname): _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Tel. privat: _____ Tel. geschäftlich: _____

Versicherung: _____ beihilfeberechtigt: ja nein

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz- oder Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Bluter |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV+/AIDS) | <input type="checkbox"/> Diabetes / Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Asthma / Atemwegserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen (Gelbsucht, Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden / Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung (Krebs) | |

Für Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja: voraussichtlicher Geburtstermin: _____

Allergien: Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Ihr Hausarzt: _____ Adresse: _____ Tel.: _____

Erinnerungsdienst /Recallsystem: Unser Service für Ihre Zähne!

Wenn Sie es wünschen, erinnern wir Sie regelmäßig per Postkarte, wenn die nächste Kontrolluntersuchung fällig ist.

Wird gewünscht: ja nein Benachrichtigung alle 3 Monate 6 Monate 12 Monate

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird meine Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitte ich Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder aber mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir bemühen uns, die Wartezeiten kurz zu halten. Sollten die Wartezeiten aufgrund eines Notfalls einmal etwas länger sein, bitte ich um Ihr Verständnis. Sollten Sie einmal starke Schmerzen o.ä. haben, werden wir auch Sie versuchen dazwischen zu schieben!

Datum: _____ Unterschrift: _____