

## ANMELDUNG

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Adresse:

Beruf:

Versicherter:

Geburtsdatum:

(Name, Vorname)

Name der Krankenkasse:

(auch bei privaten Versicherungen)

**Um eine möglichst komplikationsfreie Behandlung durchzuführen, bitten wir um folgende Angaben:**

- Allergien ja  nein  welche?:
- Unverträglichkeit von Medikamenten ja  nein  welche?:
- Asthma ja  nein
- Herzinfarkt ja  nein  wann?:
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja  nein
- Hepatitis ja  nein
- HIV - Infektion ja  nein
- Tuberkulose ja  nein
- Diabetes melitus ja  nein
- Rheuma ja  nein
- Bluterkrankungen ja  nein
- hohen/niedrigen Blutdruck ja  nein
- sonstige Erkrankungen ja  nein  welche?:
- Sind Sie in den letzten 12 Monaten an einer Infektionskrankheit erkrankt? ja  nein  welche?:
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ? ja  nein  welche?:
- Rauchen Sie ? ja  nein
- Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein
- Schnarchen Sie? ja  nein
- Tumorbestrahlung? ja  nein  wann?:
- Chemotherapie? ja  nein  wann?:

- Wird bei Ihnen eine Osteoporose behandelt?  
ja  nein
- Wurden Sie in den letzten 12 Monaten operiert?  
ja  nein  wo?:
- Wer ist Ihr Hausarzt?:
- Haben Sie einen Röntgenpaß? ja  nein
- Zahnfleischbluten ja  nein
- Wurde schon einmal eine Parodontosebehandlung durchgeführt?  
ja  nein  wann?:
- Besteht Interesse an unserem Prophylaxekonzept ?  
ja  nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  
ja  nein
- Treiben Sie Sport? ja  nein  welchen?:

**!!! Bitte sagen Sie längere Termine (Präparationen, Prophylaxe u. ä.) mindestens 48 Stunden vor Behandlungsbeginn ab, da wir anderenfalls ein Ausfallhonorar privat in Rechnung stellen !!!**

Mit Ihrer Anmeldung werden Sie automatisch in unser Recallsystem aufgenommen, um Sie zu informieren, wann die nächste Kontrolluntersuchung für Sie ansteht.

(Notdienst- oder Vertretungspatienten streichen diesen Satz bitte.)

Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich nach einer Anästhesie (Betäubung) nicht mehr verkehrstüchtig bin.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Außerdem werde ich Sie über Veränderungen meines Gesundheitszustandes informieren.

Meine Unterlagen werden im Fall einer Nichtzahlung an ein Inkassounternehmen weitergeleitet.

Jesteburg, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( Unterschrift )