

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)