

Anmeldebogen mit Anamnese

(ja / nein Bereich: Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an)

Name: _____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter? Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsdatum: _____
Adresse: _____	
Tel. Privat: _____	
Handy: _____	
E-Mail: _____	Wer soll die Rechnung erhalten? Name: _____
Beruf: _____	Adresse: _____
Arbeitgeber, Ort: _____	

Tel. Arbeitsplatz: _____	
Krankenkasse: _____	Sind Sie im öffentlichen Dienst tätig? ja / nein
pflichtversichert: _____ ja / nein	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Geburtsort: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zahn-/Kieferschmerzen | <input type="checkbox"/> Routineuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Möchten Sie halbjährlich / jährlich an Ihre Routineuntersuchung erinnert werden? ja / nein

- Mail _____
- SMS _____
- Postkarte / Brief _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie Gerinnungsstörungen (z.B. ASS / Marcumar – Patienten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Herz- / Kreislaufkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie hohen oder niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV positiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Hepatitis C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Magen- / Darm- oder Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Zeit Bisphosphonate ein? z.B. bei Osteoporose Actonel / Bonviva / ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie grünen Star?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Haben Sie eine Prostataerkrankung?
- Haben Sie Asthma?
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel durchschnittlich? _____/Tag
- Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? _____ Woche
- Blutet Ihr Zahnfleisch regelmäßig?
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?
- Sind Ihre Zähne gelockert?
- Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?
- Hatten Sie jemals eine Kiefervermessung?
- Fand eine Röntgenuntersuchung innerhalb der letzten 12 Monate statt?
- Haben Sie schon mit behandelten Zähnen zu tun gehabt? (z.B. eitrige Entzündung der Wurzel?)
- Wünschen Sie bei Bedarf über künstliche Zahnwurzel (Implantate) aufgeklärt zu werden?
- Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?
- Möchten Sie darüber eine Beratung?
- Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?
- Sonstige Risiken?

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Sollte ich meine Termine einmal nicht einhalten können, bin ich darüber informiert, dass mein Zahnarzt bei kurzfristiger oder unangekündigter Nichteinhaltung eines Termins laut BGB§615 berechtigt ist, diesen Ausfall mit bis zu einem Stundenhonorar zu berechnen, jedoch maximal in Höhe des entgangenen Verdienstes. Nähere Informationen erhalten Sie auf Wunsch gerne an unserem Empfang.

Ich bin weiterhin darüber informiert, dass ich als gesetzlich krankenversichertes Mitglied verpflichtet bin, meine Krankenkassenkarte oder eine gleichwertige Anspruchsberechtigung zu Quartalsbeginn bei einer Behandlung vorzulegen. Andernfalls darf mein Zahnarzt für die Behandlung eine Privatvergütung verlangen, wenn ich meine Krankenkassenkarte oder meine gleichwertige Anspruchsberechtigung nicht innerhalb von 10 Tagen nachreiche.

Dieser Text kann nicht durch Zusätze oder Streichungen variiert werden.

Trotz aller Formalitäten, zu denen wir angehalten sind, möchten wir Sie als Patienten nicht verunsichern. Deshalb stehen wir Ihnen bei Fragen jederzeit gerne zur Seite! Ob direkt beim Empfang oder telefonisch – WIR möchten für SIE da sein und freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Münster, den _____

Unterschrift _____