



Anmeldung

Patient

Nachname/Vorname: _____ geb. am _____

Straße/Nr., PLZ Ort: _____ , _____

Telefon privat: _____ geschäftlich: _____

Telefon Mobil: _____ E-Mail: _____

Erziehungsberechtigter/Betreuer: _____ / _____

Versicherter (versichert über z. B. Eltern, Ehepartner, etc.)

Nachname/Vorname: _____ geb. am _____

Straße/Nr., PLZ Ort: _____ , _____

Telefon privat: _____ geschäftlich: _____ Mobil: _____

Zahlungspflichtiger: _____

Krankenkasse: _____

Ich bin privatversichert bei: _____

Ich bin privatversichert im Basistarif bis 2,0fach bei: _____

Ich bin beihilfeberechtigt

Ich wünsche eine

1/2 jährliche oder eine

jährliche Erinnerung zur Kontrolluntersuchung.

Zur Kenntnisnahme

Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die elektronische Gesundheitskarte nicht innerhalb von 10 Tagen nachgereicht wird.

Termine, die Sie nicht einhalten können, bitten wir Sie spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da ansonsten die entstandenen Kosten bis zu 50,-€ in Rechnung gestellt werden können.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an die Ärzte und/oder ärztliche Institutionen, die im Rahmen der medizinisch erforderlichen Behandlung zur weiteren Leistungserbringung eingeschaltet werden müssen und die ärztlich geleitete Verrechnungsstelle (PVS), Molkestraße 1, 23795 Bad Segeberg, zur Erstellung und zum Einzug privaten Honorarforderungen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich im Anschluss an eine Wurzelkanalbehandlung, Implantation oder eine Parodontitisbehandlung angeschrieben und für Kontrolltermine eingeladen werde.

Gesundheitsfragen

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher benötigen wir für Ihre Krankenkartei folgende Angaben, die selbstverständlich, wie alle persönlichen Daten, der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und nur dazu dienen, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen besonders sorgfältig aus. Kreuzen Sie im Folgenden alles auf Sie Zutreffende an und machen Sie ggf. genauere Angaben.

Mein Hausarzt ist (Name, Adresse): _____

Außerdem bin ich derzeit beim Facharzt für _____ in Behandlung.

(Name, Adresse): _____



Zu den Gesundheitsfragen (bitte wenden).

Haben oder hatten Sie die folgenden Leiden oder Erkrankungen?

Herz/Kreislauf:

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt

- Herzklappe künstliche biologische
- Herzschrittmacher
- Herzklappenentzündung
- Herzrhythmusstörungen

Gefäße:

- Schlaganfall
- Thrombose
- Durchblutungsstörungen

Blut:

- Gerinnungsstörungen
 - auch bei Blutsverwandten
- Nachbluten nach Operationen
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzungen/Berührungen

Leber:

- Hepatitis A B C

Niere:

- Dialysepflichtig

Magen/Darm

- Refluxkrankheit

Augen

- Grüner Star

Atemwege/Lunge:

- Tuberkulose
- Asthma
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?

Skelettsystem/Knochen:

- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- künstliche Gelenke
- Fibromyalgie

Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit
 - Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

Allergien:

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Latex
- Jod
- Metalle
- Ist ein Allergiepass vorhanden?

Immunschwäche:

- AIDS, HIV
- Bestrahlungen, Chemotherapie
- Blutkrebs

Werden Sie zur Zeit oder wurden Sie in der Vergangenheit aufgrund einer Krebserkrankung behandelt?

Weiter Angaben:

Gerinnungshemmende Medikamente:

Regelmäßige Medikamente:

Dauerhaft oder in den letzten Tagen:

- Aspirin/ASS
- Marcumar/Phenprocoumon
- Plavix/Iscover/Clopidogrel

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Rheumamittel
- Psychopharmaka
- Antibabypille

Sind Sie Schwanger?

Rauchen Sie?

Ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, z. B. bei Spritzen?

Auffälligkeiten im Mund/Zahn-Bereich:

- Zahnfleischbluten
- Zahnverlust durch Zahnlockerung
- Stellungsveränderung der Zähne
- temperaturempfindliche Zähne
- Zahnsperre in der Vergangenheit

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand. _____

Datum/Unterschrift