

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis DR STEHL für Zahnmedizin und Zahntechnik.

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name Vorname		Titel	
Straße Hausnummer		Geburtsdatum Geburtsort	
Postleitzahl Ort		E-Mail	
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	Telefon (geschäftlich)	
Beruf Arbeitgeber			
Hausarzt (Name Ort)			

KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Gesetzlich versichert Freiwillig Pflicht

Privat versichert Basistarif Basistarif mit eingeschränkten Leistungsansprüchen
Bitte Nachweis vorlegen.

Standardtarif

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichert?

Name Vorname		Geburtsdatum Geburtsort	
Straße Hausnummer		Postleitzahl Ort	Telefon (privat)

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck
<input type="checkbox"/> Ohrensausen Tinnitus	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Grüner Star	<input type="checkbox"/> Leber- Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenveränderungen	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/> Atemerkankungen -beschwerden	
<input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung Chemotherapie		
<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen	_____		

Leiden Sie unter folgenden Herzkrankheiten?

<input type="checkbox"/> Herzfehler	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Herzoperation (Klappenersatz Herzschrittmacher)
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe benötigt	

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK) Varianten CJK
<input type="checkbox"/> HIV AIDS	<input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.)	

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie einen Allergiepass?
- Besteht eine Schwangerschaft? Woche | Monat _____
- Rauchen Sie? Menge pro Tag _____
- Schnarchen Sie?
- Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Blutdruckmedikamente Bisphosphonate Schmerzmittel Blutverdünnende Medikamente
(z.B. Marcumar[®], Xarelto[®], ASS[®],
Falithrom[®], Eliquis[®] oder Pradaxa[®])
- Herzmedikamente Kortison Antidepressiva
- Sonstige Medikamente _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, gegen welche? _____

ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Ich habe Interesse am Thema Prophylaxe. Mit meiner Zahnfarbe bin ich nicht zufrieden.
- Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder Symptomen?
- Zahnschmerzen Zahnfleischbluten
- Zahnfleischrückgang Pressen oder Knirschen mit den Zähnen
- Mundgeruch Zahnarztangst
- Sonstiges _____

UNSER SERVICE FÜR SIE

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie über halbjährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie Prophylaxetermine zu informieren. Wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

- per Post per E-Mail kein Interesse

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Hinweis zur Organisation: Wir bemühen uns, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass aufgrund nicht wahrgenommener Termine entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der Praxis DR STEHL

Dr. med. dent. Marco Stehl
Altenberger Str. 13
01277 Dresden

Tel 03 51.33 75 60
info@zahnmedizin-stehl.de
www.zahnmedizin-stehl.de