



Anmeldeformular

**Wir sind stets bemüht, Sie in den Fokus unserer Praxis zustellen.
Sollten Sie daher Wünsche haben, so sprechen Sie uns darauf an!**

Patient:

Name Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Versicherter:

Name Vorname Geburtsdatum

Versicherung: o pflichtversichert o freiwillig versichert

o Privatversicherung: _____

Anschrift:

PLZ/ Ort Straße

Tel. Nr. tagsüber Mobil Nr. Email.

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Name Ihres Hausarztes:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Allgemeine Krankengeschichte

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher / Herzprothesen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzpass	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Kreislaufkrankungen:

zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkt, wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Immunsystem: Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Ja Nein
 Wenn ja welche?

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B) Ja Nein
 Tuberkulose Ja Nein
 AIDS, HIV Ja Nein

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Sind Allergien bekannt? (z.B. Laktoseintoleranz, Latex, Schmerzmittel, Antibiotika, Nesselsucht)

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? (Welcher Monat?: _____) Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Allgemeine Fragen: Wann wurde bei Ihnen zuletzt zahnärztlich geröntgt? Datum: _____
 Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? Datum: _____
 Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen? Ja Nein
 Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? Ja Nein
 Haben Sie Verspannungen an der Nacken- oder Schultermuskulatur?
 Ja Nein
 Wünschen Sie Informationen zur Gesunderhaltung Ihrer Zähne?
 Ja Nein

Ich verpflichte mich alle Daten hinsichtlich meines Gesundheitszustandes und meines Versicherungsverhältnisses wahrheitsgetreu angegeben zu haben und alle Änderungen die sich diesbezüglich während des gesamten Behandlungszeitraumes ergeben, umgehend mitzuteilen. Ich erkläre mich der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Gosheim, den _____

Datum

Unterschrift

Unser kostenloser RECALL-Service für Sie!

Zur Erinnerung an die halbjährliche Kontrolluntersuchung haben wir ein RECALL-Service eingerichtet. Wir möchten Ihnen diesen Service anbieten, damit Ihre Zähne gesund bleiben und Ihr Bonus gesichert bleibt.

Lassen Sie sich ab jetzt ganz einfach durch unser RECALL-System zum halbjährlichen Zahnarztbesuch erinnern.

Unser RECALL bedeutet für Sie:

- Zahnschäden vermeiden statt zu reparieren
- Früherkennung von Munderkrankungen
- Bonus sichern
- Informationen über unsere Individualprophylaxe.

Denn moderne Forschungsprojekte haben gezeigt, dass regelmäßige Untersuchungen, am besten in Verbindung mit einer professionellen Zahnreinigung, der sicherste Weg zu einem umfassenden Schutz der Zähne sind.

Möchten Sie in unser RECALL-System aufgenommen werden?

- Nein
- Ja, ich möchte halbjährlich an meinen persönlichen Kontrolltermin erinnert werden.

Unterschrift

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, diesen Bogen auszufüllen.

Jetzt können wir uns ganz individuell auf Sie einstellen und werden uns die größte Mühe geben, Ihren eigenen Ansprüchen gerecht zu werden.

Ihr Praxisteam Dr. Schanz