

Zahnarztpraxis Meike Neubauer

Künzelsauer Straße 9 74635 Kupferzell Tel.: 0 79 44 - 941 333 Fax: 0 79 44 - 941 338

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
Geburtsort: _____
Wer ist Ihr Hausarzt: _____
E-Mail Adresse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?
Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
Geb.-datum _____
Name der Versicherung _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja o nein o
Haben Sie eine Pflegestufe 1-5?
Wenn ja, welcher Grad: _____

Möchten Sie, bei unserem
Patientenerinnerungsservice (Recall) teilnehmen?
ja nein
Anruf __ E-Mail __ SMS __

Bestehen Infektionskrankheiten?
z. B. Hepatitis, Aids, Tuberkulose ja o nein o
Wenn ja, welche: _____
Nehmen Sie Medikamente ein? ja o nein o
Wenn ja, welche: _____

Haben/Hatten Sie eine Endokartitis ja o nein o
Leiden Sie an Herzerkrankungen ja o nein o
Tragen Sie einen Herzschrittmacher ja o nein o
Leiden Sie an grünem Star? ja o nein o
Leiden Sie an Asthma? ja o nein o
Leiden Sie an Rheuma? ja o nein o
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja o nein o
Leiden Sie an Bluthochdruck ja o nein o
Haben Sie Diabetes? ja o nein o
Leiden Sie an einer Schilddrüsen-
erkrankung ja o nein o
Leiden Sie an Ohnmachtsanfällen? ja o nein o
Leiden Sie an Migräne? ja o nein o
Besteht eine Schwangerschaft? ja o nein o
Wurden aktuelle Röntgenbilder von Ihren
Zähnen erstellt? ja o nein o
Wann: _____ Wo: _____
Leiden Sie an Kiefergelenkschmerzen? ja o nein o

Bestehen gesundheitliche Risiken? ja o nein o
Wenn ja, welche: _____
Nehmen Sie Medikamente für die Blutgerinnung
ein oder leiden Sie an längerem
Nachbluten? ja o nein o
Wenn ja, welche, _____
Sind Sie empfindlich gegen bestimmte Stoffe,
Medikamente (z.B. Penicillin) Metall ect.? ja o nein o
Wenn ja, welche: _____
Haben Sie einen Allergiepass? ja o nein o
Leiden Sie an der
Creutzfeld-Jakob-Krankheit? ja o nein o
Haben Sie eine Endoprothese? z. B. ein
künstliches Hüftgelenk? ja o nein o
Wenn ja, welche? _____

Ihre Daten werden elektronisch gespeichert.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!
Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Bei Absage von Behandlungen ab 30 Minuten, die weniger als 24 Stunden vorher abgesagt werden, erheben wir eine Pauschale von 40 Euro Gebühr.
Absagen sind telefonisch, per E-Mail oder Anrufbeantworter möglich.

Datum _____ Unterschrift _____