



Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Tel. Privat: _____
eMail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____
Tel. Mobil: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert: ja/nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?
Name: _____
Adresse: _____

Sind Sie **Beihilfeberechtigter** des öffentlichen Dienstes/**zusatzversichert**? ja/nein

Besteht bei Ihnen eine **Privatinsolvenz**? ja/nein

Wer hat uns empfohlen?

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Bestehen gesundheitliche Risiken?

(Bitte nur Zutreffendes ankreuzen)

Haben Sie einen Allergiepass? Wenn ja, reichen Sie diesen bitte zur Kopie mit ein!

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Wenn ja, welche?

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (z.B. Bluthochdruck)?

Muss bei Ihnen eine Endokarditisprophylaxe erfolgen (Herzpass)?

Sind bei früheren (operativen) Eingriffen Probleme aufgetreten?

Haben Sie einen Narkosepass?

Wurden Sie oder werden Sie zz. mit Bisphosphonates oder Denusumab behandelt?

Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis B/C)?

Sonstige Krankheiten?

Haben Sie Diabetes?

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?

Leiden Sie unter Migräne?

Haben Sie grünen Star?

Bei Männern: Haben Sie eine Prostataerkrankung?

Haben Sie Asthma?

Bei Frauen: Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche:

Ihr aktuelles Körpergewicht in kg?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?

Zur jährlichen Vorsorgeuntersuchung?

Möchten Sie an unserem Recall-System teilnehmen?

Haben Sie einen trockenen Mund und/oder Mundgeruch?

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?

Blutet Ihr Zahnfleisch?

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"?

Sind Ihre Zähne gelockert?

Fand eine Röntgenuntersuchung statt?

Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig (helle Zähne, gerade Zähne usw.)?

Möchten Sie darüber eine Beratung?

Haben Sie schon mit wurzelbehandelten Zähnen zu tun gehabt?

Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?

Sind Sie an einer Lachgasbehandlung interessiert?

Bitte nennen Sie uns für eventuelle Rückfragen den Namen und die Adresse Ihres Hausarztes:

Weiterhin möchten wir Sie darauf hinweisen, dass nach §§ 611, 612 und 615 BGB (Dienstvertrag) bei Terminen, die nicht mindestens 48 Std vorher abgesagt werden - pro halbstündiger Behandlungszeit - eine Gebühr von 40 Euro unsererseits erhoben wird.

Ich bestätige, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Für verschwiegene Tatsachen haftet der Behandler nicht.

Wolfsburg, den _____

Unterschrift

Bitte nutzen Sie auch unser kostenloses Gast-WLAN "ZAP_DEAC" mit dem Passwort "aquarium".