

Anmeldebogen

Bitte vor der Behandlung **vollständig mit DRUCKSCHRIFT** ausfüllen und abgeben

Frau/Herr _____ Name _____ Vorname _____ geb. _____

Land/PLZ/Wohnort _____ Tel.mobil _____

Straße/Hausnr. _____ E-Mail: _____ Newsletter

Selbstzahler Privat versichert gesetzlich krankenversichert (z.B. AOK, TKK, BKK)

Kranken-Kasse _____

Name des Mitgliedes _____ geb. _____

Beruf des Mitgliedes _____

Beschäftigt bei _____ Ort _____

(bei Privatrechnung) Rechnung an _____

- | | nach Absprache | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen oder haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten? | | | |
| a) Asthma (schwere Atemnot), Heuschnupfen (bitte unterstreichen) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeit von Medikamenten | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Hoher Blutdruck | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Schlaganfall, Lähmungen (bitte unterstreichen) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Herzinfarkt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Gelbsucht, Leberkrankheiten (Hep A,B,C) (bitte unterstreichen) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Zuckerkrankheit (Diabetes) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Rheuma | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bestehen derzeit andere Krankheiten, wenn ja, welche? HIV? Creutzfeldt-Jacob ? _____ | | | |
| 8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche? _____ | | | |
| 9. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung (im Zahnbereich)? _____ | | | |
| 10. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ungewiss _____ Geb.termin _____ | | | |
| 11. Möchten Sie an unserem Zahnreinigungserinnerungssystem im 6-Monats-Turnus teilnehmen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | | | |
| 12. Wie oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
(Bitte ausfüllen, dient nur für interne Zwecke) _____ | | | |

13. Ich bin damit einverstanden, dass ich bei einem von mir zu vertretenden Nichteinhalten eines längeren, im voraus vereinbarten Termins ab einer Dauer von 30min ohne eine rechtzeitige vorherige Absage (mind. 24h vor dem Termin) eine Aufwandsentschädigung von 75 EUR pro angefangener halber Stunde erstatten muss, da es sich bei der Praxis um eine reine Bestellpraxis handelt und Termine ohne rechtzeitige vorherige Absage nicht mehr an einen anderen Patienten vergeben werden können. (Bitte haben Sie Verständnis, dass ein Streichen dieser Klausel nicht akzeptiert werden kann).

Hinweis: Alle Ihre Daten werden selbstverständlich **strengstens vertraulich** behandelt und **niemals** weiter gereicht. Um Verwechslungen auszuschliessen und unsere Patienten persönlich zu erkennen, erstellen wir bei Neupatienten immer ein Photo. Für eine sichere Diagnose und den Ausschluss von Erkrankungen in Bereichen, die man nicht sieht (z.B. Karies zwischen den Zähnen, Wurzelspitzen, Knochenverlauf), benötigen wir ausserdem ein Röntgenbild.

Datum, _____ (Unterschrift)