DR. MARC SCHMIDT
ZAHNARZT IM SEERHEINCENTER
ZÄHRINGERPLATZ 7 | 78464 KONSTANZ | TEL 0049 (0)7531 62853 | PRAXIS@DRSCHMIDT.DE | WWW.DRSCHMIDT.DE

Anmeldebogen

Bitte vor der Behandlung vollständig in DRUCKSCHRIFT ausfüllen und abgeben

Frau/Herr _____ geb. _____

Straße, Hausnr. _____

Land, PLZ, Wohnort _____

E-Mail _____

Telefon _____ Handy _____

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

Krankenkasse _____

Name des Mitglieds _____ geb. _____

Beruf des Mitglieds _____

Beschäftigt bei _____

PLZ, Ort _____

(bei Privatrechnung) Rechnung an:

_____

		Nach Absprache	Ja	Nein
1.	Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?	☐	☐	☐
2.	Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?		☐	☐
3.	Knirschen Sie nachts mit den Zähnen oder haben Sie Kiefergelenks-beschwerden?		☐	☐
4.	Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?		☐	☐
5.	Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?		☐	☐
a)	Asthma (schwere Atemnot), Heuschnupfen **(bitte unterstreichen)**		☐	☐
b)	Allergische Reaktionen (z. B. Medikamenten-unverträglichkeit)		☐	☐
	Wenn ja, welche? _____			
c)	Hoher Blutdruck		☐	☐
d)	Schlaganfall, Lähmungen **(bitte unterstreichen)**		☐	☐
e)	Herzinfarkt		☐	☐
f)	Gelbsucht, Leberkrankheiten (Hep. A, B, C) **(bitte unterstreichen)**		☐	☐
g)	Rheuma		☐	☐
6.	Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?		☐	☐
7.	Bestehen derzeit andere Krankheiten? (z. B. HIV)		☐	☐
	Wenn ja, welche? _____			
8.	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		☐	☐
	Wenn ja, welche? _____			
9.	Möchten Sie an unserem Zahnreinigungserinnerungssystem im sechs-Monats-Turnus teilnehmen?		☐	☐
10.	Wann war die letzte Röntgenuntersuchung (im Zahnbereich)? _____			
11.	Besteht eine Schwangerschaft?		☐	☐
	Wenn ja, Geburtstermin? _____			
12.	Rauchen Sie?		☐	☐
	Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____			
13.	Wie oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?			

_____

Ich bin damit einverstanden, dass ich, bei einem von mir zu vertretenden Nichteinhalten eines im Voraus vereinbarten Termins ab einer Dauer von 30 Minuten, ohne eine rechtzeitige vorherige Absage (min. 48h vor dem Termin), eine Aufwandsentschädigung von 100 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 andere PatientInnen vergeben werden können. Bitte haben Sie Verständnis, dass ein Streichen dieser Klausel nicht akzeptiert werden kann.

Hinweis: Alle Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Um Verwechslungen auszuschließen und unsere PatientInnen persönlich zu erkennen, erstellen wir bei NeupatientInnen immer ein Foto. Für eine sichere Diagnose und um Erkrankungen in nicht sichtbaren Bereichen auszuschließen (z. B. Karies zwischen den Zähnen, Wurzelspitzen, Knochenverlauf), benötigen wir außerdem ein Röntgenbild.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift