

Anmeldebogen mit Anamnese

Guten Tag,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen.

Beachten Sie bitte die Hinweise auf der 2. Seite. Bei evtl. Rückfragen geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Patientendaten:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum/ -ort _____

Adresse _____

Telefon _____ Handy _____ E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Privat versichert:

Name des Kostenträgers: _____

Standardtarif

Basistarif

Postbeamten KK

beihilfeberechtigt

freiwillig versichert

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, über wen sind Sie versichert:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum/ -ort: _____

Wer soll die Rechnung erhalten? _____

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

ja, wenn ja bitte vorlegen

nein

Besitzen Sie einen Herzpass?

ja, wenn ja bitte vorlegen

nein

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja, wenn ja bitte vorlegen

nein

Fand in den letzten 12 Monaten eine Röntgen-
untersuchung des Kiefers statt?

ja

nein

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Angaben zur Berechnung der Dosis von Lokalanästhetikum: ____ Gewicht in kg ____ Körpergröße in cm

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Diabetes/ HbA1c Wert? ja nein

Allergie ja nein

Asthma ja nein

Krebserkrankung ja nein

Herz-/ Kreislaufferkrankt ja nein

Nierenerkrankung ja nein

Blutdruckwerte:

Gerinnungsstörungen ja nein

Gefäßkrankheiten ja nein

Stoffwechselerkrankung ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Neurodermitis ja nein

Raucher ja nein

Blutarmut ja nein

Künstliche Gelenke ja nein

Sind Sie schwanger ja nein

Infektionskrankheiten:

HIV/ AIDS ja nein

Hepatitis A / B / C ja nein

Creutzfeldt Jakob ja nein

Tbc ja nein

MRSA Krankenhauskeim ja nein

Sonstige Erkrankungen:

Medikamente: _____

Welche: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

niedrig normal hoch

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Anzahl Zigaretten pro Tag: _____

Medikamente: _____

OP Datum: _____

Welche Woche: _____

Medikamente: _____

Medikamente: _____

Wenn ausgeheilt, bitte Nachweis einreichen.

Medikamente: _____

Anmeldebogen mit Anamnese

Wie haben Sie den Weg in unsere Praxis gefunden?

- Empfehlung durch: Familienmitglied Bekannter Nachbar
 Mitarbeiter der Praxis
- Sonstige: Internet Facebook ABOM AK
 Zeitungsanzeige Hochzeitsmesse Werbung
-

Recall

Möchten Sie von uns halbjährlich schriftlich benachrichtigt werden, wenn die nächste Vorsorgeuntersuchung stattfinden muss? ja nein

Erklärung zum Datenschutz: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Kontaktdaten, Telefonnummern, Handynummern und E-Mailadresse, für organisatorische, interne, die Praxis betreffende Belange, z.B. Schriftverkehr und Terminvergabe gespeichert und genutzt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung freigehalten. Während dieser Zeit wird kein anderer Patient behandelt. Sollte es dennoch einmal zu einer Wartezeit kommen, so aus dem Grund von unvorhersehbaren Zwischenfällen oder zahnmedizinischen Notfällen. Wir bitten dies in solchen Fällen zu entschuldigen.

Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, Ihren Termin abzusagen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls müssen wir Ihnen ggf. ein Ausfallhonorar (nach §615 BGB) berechnen, für jede angefangenen 15 Min / 60 €. Im Falle des nicht verschuldeten Nichterscheinens entfällt das Ausfallhonorar bei entsprechendem Nachweis.

Änderungen des Gesundheitszustandes oder Medikamentenwechsel teile ich Ihnen unaufgefordert und sofort mit.

Ich bestätige, mit meiner Unterschrift, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Altenkirchen, den

Unterschrift

