



ANMELDEBOGEN

ZAHNZENTRUM
WAGENFELD

Sehr geehrte(r) Patient(in),

herzlich willkommen in unserer Praxis. Dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Füllen Sie ihn bitte sorgfältig aus. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen an der Rezeption. Vielen Dank.

PERSONALIEN

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Arbeitgeber _____ Telefon _____

Beruf _____

Hausarzt _____

Bitte den Versicherungsnehmer angeben Mutter Vater Ehefrau Ehemann

Beihilfe ja nein

ANGABEN ZUR GESUNDHEIT

Bestehen oder bestanden bei ihnen folgende Krankheiten:

Glaukom. (grüner Star) ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Zuckerkrankheit/Diabetes ja nein

Leber-/Nierenerkrankungen ja nein _____

Infektionskrankheiten/Immunschwäche (AIDS, Hepatitis, TBC, sonstige) ja nein _____

Lungenerkrankungen (Asthma) ja nein _____

Schilddrüsenerkrankungen ja nein _____

Magen-Darmerkrankungen ja nein _____

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein _____

Nervenerkrankungen ja nein _____

Sind Sie Raucher? ja nein

Bitte wenden!

Wenn ja, welche:

Herzerkrankungen ja nein _____
(Herzschrittmacher, Herzklappe, sonstiges)

Blutgerinnungsstörungen ja nein _____
(Marcumar, ASS, sonstige)

Allergien ja nein _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bisphosphonate ja nein

Reagieren Sie überempfindlich ja nein _____
auf bestimmte Medikamente?

Traten jemals Komplikationen bei der ja nein _____
zahnärztlichen Behandlung auf?

Datum der letzten Röntgenuntersuchung _____

Haben Sie im Moment Zahnschmerzen? ja nein _____

Welche zahnmedizinischen Probleme ja nein _____
liegen vor?

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Kariesvermeidung Zahnpflege Kiefergelenksbehandlung Bleaching
 Amalgamentfernung Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate, Prothesen) Zahnfehlstellungen

Besteht eine Zahnzusatzversicherung ja nein

TERMINERINNERUNG

Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Termin zur halbjährlichen Kontrolle bzw. Zahnreinigung.

SMS per E-Mail

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)