

NEU-AUFNAHME

Neu in Behandlung tretende Patienten werden um Ausfüllung dieser Anmeldung gebeten

Sehr geehrter Patient,
Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem **Bestellsystem** geführt wird. Das bedeutet, dass für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten entstehen und dass wir die für Sie reservierte Zeit vollauf zu Ihrer Verfügung haben. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie **den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen** müssen, da Ihnen sonst die ungenützte Zeit in Rechnung gestellt wird.

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben:

| | | |
|--|-------------|----------|
| Patient: | Name: | geb. am: |
| | Vorname: | |
| Versicherter: <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter | Name: | geb. am: |
| | Vorname: | |
| Anschrift: | Straße: | |
| | Ort: | |
| Telefon: | privat: | |
| | Handy: | |
| | dienstlich: | |
| Arbeitgeber: | | |
| Krankenkasse: | | |
| Name und Anschrift des Hausarztes: | | |
| Empfohlen durch: | | |

Für Kassenpatienten wichtig:

Wird die Versichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn unaufgefordert beigebracht, erfolgt private Rechnungsstellung.

BITTE WENDEN

ANAMNESE – FRAGEBOGEN

Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für Ihren behandelnden Zahnarzt; er verbleibt bei Ihren Akten.

Bitte antworten Sie die nachstehenden aufgeführten Fragen in Ihrem Interesse genau:

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie anhaltende Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate zur zahnärztlichen Untersuchung oder Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Leiden oder litten Sie öfter an Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Reinigen Sie Ihre Zähne mehrmals täglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tragen Sie Zahnersatz? <input type="checkbox"/> herausnehmbar? <input type="checkbox"/> festsitzend? seit wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sind Sie Allergiker? (hatten Sie z.B. Heuschnupfen, Nesselsucht oder vertragen Sie bestimmte Arzneimittel nicht?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hatten Sie ernsthafte Herz- und Kreislaufbeschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sind Sie zuckerkrank? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sind Sie Leberkrank oder hatten Sie Gelbsucht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Leiden Sie an einer Erkrankung des Blutes oder an einer Blutgerinnungsstörung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Leiden oder litten Sie an Tuberkulose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Leiden Sie unter Asthma (schwerer Atemnot)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Haben oder hatten Sie ein Magen- oder Darmgeschwür? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Sind Sie Raucher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Haben Sie ein Organtransplantat oder einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Sind Sie Aids infiziert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ohnmachtsneigung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? _____ | | |
| 21. Nehmen Sie Drogen? Welche? _____ | | |