

Anmeldung

Version 25.05.2018

© Dr. Schuhriemen

Angaben zum Patienten:

Name: Vorname: Geb.-Dat.:

Wohnort: Straße: Tel.:

Beruf/Arbeitgeber:

Name, Anschrift Ihres Hausarztes:

Name, Anschrift Ihrer Krankenkasse:

gesetzlich versichert freiwillig gesetzlich versichert privat versichert Beihilfe

Gibt es Besonderheiten bei Ihrer Krankenversicherung?

Angaben zum Mitglied, falls Sie nicht selbst versichert sind:

Name: Vorname: Geb.-Dat.:

Wohnort: Straße: Tel.:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Viele Krankheiten können Einfluß auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre Angaben helfen uns, die Behandlung an Ihren Gesundheitszustand anzupassen. Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen sorgfältig aus. Sollte sich Ihr Gesundheitszustand ändern, so teilen Sie uns dies bitte mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne.

Ja Nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Hoher Blutdruck

- Niedriger Blutdruck

- Blutkrankheiten, Blutgerinnungsstörungen

- Neigung zu blauen Flecken oder längerem Bluten?

- Herzkrankheiten, Herzfehler, Herzklappenprothesen,

Herzentzündungen, Herz-OPs?

- Zuckerkrankheit (Diabetes)

- Tumorerkrankungen

- Asthma / Lungenerkrankungen

- Nierenerkrankungen

- Nervenerkrankungen

- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)

- Anfallsleiden (Epilepsie)

- Magen- Darm-Erkrankungen

- andere oben nicht genannte Erkrankungen

Wenn ja, welche:

Waren Sie in letzter Zeit im Krankenhaus?

Wenn ja, weswegen?

Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer ein (z.B. Marcumar, Aspirin, neuartige Gerinnungshemmer)?

Wenn ja, welche

Nehmen Sie andere Medikamente ein?

Wenn ja, welche?.....

Haben Sie Allergien oder Medikamenten - Unverträglichkeiten (z.B. Penicillin, Jod, Latex, Heuschnupfen)?

Wenn ja, welche?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Wenn ja, Woche/Monat?.....

Befinden Sie sich in der Stillzeit?

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches?

.....

.....

.....

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung?

Ja Nein

Hatten Sie Verletzungen oder Operationen im Mund- oder Kieferbereich?

Hatten Sie beim Zahnarzt schon einmal Probleme mit der Betäubung?

Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?

Haben Sie Zahnfleischbluten oder gelockerte Zähne?

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie öfter Kopfschmerzen, Verspannungen oder Nackenbeschwerden?

Wenn ja, welche?

Möchten Sie an den halbjährlichen Kontrolltermin erinnert werden - Recall?

Wenn Sie eine Teilnahme am Recall wünschen, so ist eine separate Einverständniserklärung notwendig.

Bitte beachten Sie, dass eine zahnärztliche Betäubung die Fahrtüchtigkeit einschränken kann.

Wir weisen Sie darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung Daten erhoben und nach den geltenden Gesetzen und Verordnungen verarbeitet werden.

..... Datum Unterschrift