

Bitte ausfüllen und an der Anmeldung abgeben. Vielen Dank.

Name des Patienten

Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Straße, Nummer

PLZ, Ort

Krankenkasse

Telefon (tagsüber und/oder privat)

Beruf

E-Mail

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name und Vorname

Geburtsdatum

Beruf des Versicherten

Arbeitgeber

Krankenkasse

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Ja

Nein

Warum kommen Sie zu uns in die Praxis?

Ich habe akute Schmerzen oder andere Beschwerden

Mein Behandlungswunsch: _____

Wurden wir Ihnen empfohlen? Wenn **Ja**, von wem? _____

Worüber möchten Sie mehr wissen?

Implantate

Kosmetische Zahnkorrektur (Veneers etc. ...)

Parodontose

Ästhetischer Zahnersatz (Kronen, Brücken etc. ...)

Zahnaufhellung (Bleaching)

Moderne Wurzelkanalbehandlung

Zahnfarbene Füllungen

Prophylaxe

Laserbehandlung

Dürfen wir Sie an Ihren nächsten Vorsorge-Termin erinnern?

Ja, ich möchte am Erinnerungsservice teilnehmen. Die Teilnahme ist unverbindlich und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Bitte erinnern Sie mich per:

Karte

E-Mail

Anruf

Nürnberg, den: _____ Unterschrift: _____

GESUNDHEITSFRAGEN

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? Nein Ja
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Nein Ja
Wenn **Ja**, welche:

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja
Vertragen Sie zahnärztliche Spritzen? Nein Ja
Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig? Nein Ja
Rauchen Sie? Nein Ja
Wenn **Ja**, wieviel?

Sind Sie zurzeit in allgemeinärztlicher Behandlung? Nein Ja
Behandelnder (Haus-)Arzt, Name / Adresse / Telefon-Nr.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja
Wenn **Ja**, welche

Besitzen Sie einen Allergiepass? Nein Ja
Gegen welche Materialien / Medikamente besteht bei Ihnen Verdacht auf Allergie / Überempfindlichkeit?

Haben Sie ansteckende Erkrankungen? Nein Ja
Leiden Sie unter Erkrankungen des Blutes? Nein Ja
Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Nein Ja
Hatten Sie eine Herzoperation? Nein Ja
Haben Sie einen Herzfehler? Nein Ja
Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)? Nein Ja
Haben Sie eine Lebererkrankung / Gelbsucht? Nein Ja
Haben Sie Hepatitis A / B / C? Nein Ja
Haben Sie eine Immunschwäche (HIV/AIDS)? Nein Ja
Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen der Atemwege (Asthma)? Nein Ja

Wurden Sie im letzten Jahr geröntgt? Nein Ja
Wenn **Ja**, wann? Was wurde geröntgt? Durch wen?

Leiden Sie unter anderen Erkrankungen / gibt es familiäre Erkrankungen? Nein Ja
Wenn **Ja**, unter welchen?

Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen bezüglich der obigen Angaben mit.

Nürnberg, den: _____ Unterschrift: _____