

ANMELDUNG

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie kommen zur Zahnbehandlung in unsere Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel geringe Wartezeit. Medizinisch notwendige, nicht vorhergesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch das führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. **Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sollten Sie diesen bitte möglichst frühzeitig vorher absagen (mindestens 24 Stunden vorher!), da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenützte Zeit in Rechnung gestellt werden kann (§§ 304, 615 BGB).** Erhalten Sie wegen eines Notfalls (z.B. Schmerzen) einen Notfalltermin, so müssen sie mit Wartezeiten rechnen.

Patient	Name	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>		
	Vorname	<input type="text"/>				
	Geb. am	<input type="text"/>		Beruf	<input type="text"/>	
Anschrift	Straße, Nr.	<input type="text"/>	Arbeitgeber		Firma	<input type="text"/>
	PLZ	<input type="text"/>			Straße, Nr.	<input type="text"/>
	Ort	<input type="text"/>		PLZ	<input type="text"/>	
Telefon	Privat	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>		
	Geschäftlich	<input type="text"/>				
Mitglied/	Name	<input type="text"/>	Empfohlen durch	<input type="text"/>		
	Zahlungspflichtiger	Vorname				<input type="text"/>
Geb. am		<input type="text"/>				
Anschrift	Straße, Nr.	<input type="text"/>				
	PLZ	<input type="text"/>				
	Ort	<input type="text"/>				

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen? **Teilen Sie meiner Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit**

JA

Herz/Kreislauf

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzfehler
- Endokarditis

- Künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher

oder _____

Gefäße

- Schlaganfall
- Thrombosen

- Blut**
- Gerinnungsstörung
- Nachbluten nach Operationen
- Häufiges Nasenbluten
- Blaue Flecken
- auch ohne Verletzung

oder _____

Leber

- Leberzirrhose
- Hepatitis A B C

oder _____

Atemwege/Lunge

- Tuberkulose

- Asthma
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?

Nieren

Dialysepflichtigkeit
oder _____

Skelettsystem/Knochen

Osteoporose
oder _____

Wurden Sie in der Vergangenheit
oder werden Sie zurzeit mit
Bisphosphonaten behandelt?
Wegen welcher Erkrankungen?

Wann? Mit welchem Präparat?
z.B. Alendron(säure), Bonviva,
Bondronat®, Actonele, Fosavancee,
Fosamax®, Zometa®, Aredia®,
Zoledron(säure), Aclastae,
Pamidron(säure)

Stoffwechsel

Zuckerkrankheit
 Diabetes mellitus Typ I
 Diabetes mellitus Typ II
 Schilddrüsenfehlfunktion
oder _____

Nerven/Gemüt

Krampfanfälle (Epilepsie)
 Lähmungen
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
oder _____

Allergien

Heuschnupfen
 Antibiotika
 Schmerzmittel Jod
 Latex
 Metalle
oder _____

Immunschwäche

Einnahme von Cortison
 Zustand nach Organtransplantation
 AIDS, HIV
 Bestrahlung, Chemotherapie
 Blutkrebs
oder _____

Andere Erkrankungen

oder Behinderungen
 Tumorerkrankungen,
z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs
oder _____

Weitere Angaben

Sind Sie schwanger?
 Welche Schwangerschaftswoche?

Rauchen Sie?
 Haben Sie mit dem
Rauchen aufgehört?

**Sind Sie in den letzten
12 Monaten im Kopf/ Kiefer-
bereich geröntgt worden?**

**Gerinnungshemmende
Medikamente**
Dauerhaft oder in den
letzten Tagen

Aspirin®/ASS®
 Marcumar®
oder _____

Regelmäßige Medikamente
 Blutdruckmedikamente
 Herzmedikamente
 Schmerzmittel
 Rheumamittel
 Psychopharmaka
 Antidiabetika

welche _____

Mein Hausarzt ist

Name _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____

Außerdem bin ich derzeit beim **Facharzt** in Behandlung

Name _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Facharzt für: _____

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe.
(Bitte nur einmal unterschreiben! Die anderen Unterschriften sind für Änderungen erforderlich.)

Stuttgart, den _____
Datum

Unterschrift

Stuttgart, den _____
Datum

Unterschrift

Stuttgart, den _____
Datum

Unterschrift

Stuttgart, den _____
Datum

Unterschrift

Stuttgart, den _____
Datum

Unterschrift