



Geltungsbereich: Gesamter Bereich

Zuständigkeit: AM

## Anmeldebogen

Das Praxisteam heißt Sie herzlich willkommen!

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um Risiken zu vermeiden. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat / mobil / geschäftlich: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_

falls Sie durch jemanden anderen versichert sind:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Sind Sie freiwillig gesetzlich versichert? ja  nein

Krankenkasse/Private Versicherung: \_\_\_\_\_

### Bestellpraxis:

Ein Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich.

Deshalb sind wir aber darauf angewiesen, dass Sie vereinbarte Termine einhalten. Bitte sagen Sie rechtzeitig ab, falls Sie verhindert sind.

### Aktualisierung Ihrer Gesundheitsdaten:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Asthma ja  nein
- Herzinfarkt ja  nein
- Schlaganfall ja  nein
- Lähmungen ja  nein

| <i>Erstellt</i>     | <i>Geprüft</i>      | <i>Freigegeben</i> | <i>Gültigkeitsdatum</i> |
|---------------------|---------------------|--------------------|-------------------------|
| 9. August 2016      | 9. August 2016      | 10. August 2016    | 10. August 2018         |
| ZMF Carolin Ameloot | ZMF Carolin Ameloot | QMB Corinna Wolter |                         |



Formulare

Register 2-2-1 (FB)

Version 1

K2-01, Anmeldebogen

Seite 2 von 2

- Gelbsucht ja  nein
- Hepatitis ja  nein
- Diabetes (Zuckerkrankheit) ja  nein
- Rheuma ja  nein
- Tuberkulose ja  nein
- AIDS oder HIV-positiv ja  nein
- Allergien gegen Metalle ja  nein   
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- Allergien gegen Medikamente ja  nein   
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- Tragen Sie eine künstliche Herzklappe ja  nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher ja  nein
- Bluten Sie bei Verletzungen länger als normal? (Hämophilie) ja  nein
- Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel? ja  nein   
wenn ja , welche: \_\_\_\_\_

Sind im Kopf- Halsbereich Tumorbestrahlungen erfolgt? ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein

Wurden in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich Röntgenbilder angefertigt? ja  nein

Kommen Sie auf Empfehlung in unsere Praxis? ja  nein

Wünschen Sie zahnfarbene Füllungen? ja  nein

*Hinweis: Bei zahnfarbenen Füllungen im Seitenzahnbereich entsteht für Sie ein Eigenanteil!*

Damit wir uns besser auf Ihre Wünsche einstellen können, bitten wir Sie kurz um die Beantwortung folgender Fragen:

Was ist Ihr Hauptanliegen? \_\_\_\_\_

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis gut aufgehoben fühlen.

Ihre Zahnarztpraxis Christoph Schulte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift (meine Unterschrift bestätigt die Richtigkeit meiner Angaben)

| <i>Erstellt</i>     | <i>Geprüft</i>      | <i>Freigegeben</i> | <i>Gültigkeitsdatum</i> |
|---------------------|---------------------|--------------------|-------------------------|
| 9. August 2016      | 9. August 2016      | 10. August 2016    | 10. August 2018         |
| ZMF Carolin Ameloot | ZMF Carolin Ameloot | QMB Corinna Wolter |                         |