

Anmeldung

Liebe Patientin, lieber Patient,

für die Behandlung beim Zahnarzt/HNO-Arzt können eventuell vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit folgende Fragen.

Patient	
Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	
Straße:	Ort:
Telefon:	Mobil:
E-Mail:	
Krankenversicherung:	
selbst versichert:	versichert mit: <input type="radio"/> Ehemann <input type="radio"/> Ehefrau <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter
Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	
Arbeitgeber:	
Beruf:	

Vor der nächsten Kontrolluntersuchung in unserer Praxis werden wir uns bei Ihnen melden, um einen konkreten Termin zu vereinbaren. Auf Wunsch verzichten wir darauf, Sie anzuschreiben:

Ich möchte bitte keine Erinnerung erhalten.

Wünschen Sie Informationen zu folgenden Themen?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Implantate | <input type="radio"/> Behandlung von Angstpatienten
in Dämmer Schlaf oder Narkose |
| <input type="radio"/> Ästhetische Zahnheilkunde | <input type="radio"/> Weisheitszahnentfernung |
| <input type="radio"/> Zahnersatz aus Keramik, Gold oder Kunststoff (Zahnfarben) | <input type="radio"/> Kiefergelenksbehandlung |
| <input type="radio"/> Laserbehandlung | <input type="radio"/> Digitales Röntgen |
| <input type="radio"/> Kariesvermeidung | <input type="radio"/> Professionelle Zahnreinigung |
| <input type="radio"/> Vermeidung von Zahnfleisch- und Knochenschwund | <input type="radio"/> HNO-Heilkunde |
| <input type="radio"/> Austausch von Amalgamfüllungen | <input type="radio"/> Plastische Operationen |
| <input type="radio"/> Bleichen von Zähnen | |

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen:

	ja	nein	Falls Sie mit „ja“ antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
Traten nach zahnärztlicher Behandlung Komplikationen auf? (Kreislauf, Ohnmacht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herz- und Kreislauferkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zuckerkrankheit / Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lebererkrankung, Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hoher / niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
HIV / AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- persönliche Empfehlung Internet Sonstiges
 Anzeige Kollegen

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

.....

.....

Bitte beachten Sie, dass nach zahnärztlicher Behandlung mit örtlicher Betäubung Ihr Reaktionsvermögen eingeschränkt sein kann. Unsere Praxen werden nach dem Bestellsystem geführt. Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, einen Tag vorher ab, da ansonsten die Ausfallzeit in Rechnung gestellt wird. (§§ 304, 615 BGB)

Ich erkläre mich einverstanden, für den Fall einer Praxisübergabe meine Patienten- und Behandlungsunterlagen dem neuen Praxisinhaber zu überlassen.

Datum:

Unterschrift:

Zahnarztpraxis Privatdozent Dr. med. dent. Andreas Olze & Kollegen