



Dres. Schönwälder
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Anmeldebogen mit Anamnese

Unser Ziel ist es, dass Sie sich bei uns rundum wohlfühlen, sollten daher von Ihrer Seite Wünsche oder Fragen aufkommen, so sprechen Sie uns bitte darauf an!

Patient:

Name Vorname Geburtsdatum Tel-Nr.

Versicherter:

Name Vorname Geburtsdatum

Versicherung: gesetzlich versichert privat: _____
 freiwillig versichert (Name der Versicherung)
 Zusatzversicherung vorhanden Basistarif

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Arbeitgeber: _____ **Beruf:** _____

Hausarztpraxis: _____

Allgemeine Krankenvorgeschichte:

Herzkrankungen:
Herzschwäche (Insuffizienz) Ja Nein
Unregelmäßiger Herzschlag Ja Nein
Herzasthma, Angina pectoris Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein

Kreislaufkrankungen:
zu hoher Blutdruck Ja Nein
zu niedriger Blutdruck Ja Nein
Herzinfarkt? Wenn ja, wann? Ja Nein
Störung der Blutgerinnung Ja Nein
Ohnmachtsanfälle Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen:
Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein
Magen-Darm-Erkrankungen Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Infektionskrankheiten:
Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis A/B) Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
AIDS/ HIV Ja Nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit Ja Nein

Bitte wenden ->

Immunsystem: Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Sind Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Laktoseintoleranz) _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Allgemeine Fragen:

Stellen Sie gelegentlich beim Zähneputzen Zahnfleischbluten fest? Ja Nein

Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen? Ggf. bitte unterstreichen! Ja Nein

Leiden Sie regelmäßig unter Kopfschmerzen oder Migräne? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen in der Kaumuskulatur? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen in den Kiefergelenken? Ja Nein

Besteht regelmäßig ein Würgereiz, z.B. beim Zähneputzen? Ja Nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ Ja Nein

Ist Ihnen die Gesundheit Ihrer Zähne wichtig? Ja Nein

Sind Sie an individuell vorbeugenden Maßnahmen interessiert? Ja Nein

Für Frauen: Sind Sie schwanger? (Welcher Monat? _____) Ja Nein

Recall:

Bitte weisen Sie mich rechtzeitig auf meinen nächsten fälligen Vorsorgeuntersuchungstermin hin.

Ja Nein

Ihre Email Adresse _____

Zu Ihrer Information:

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, den Termin mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei Nichteinhaltung oder verspäteter Absage behalten wir uns vor, Ihnen eine Ausfallgebühr in Höhe von 129,00 Euro je angefangene halbe Stunde zu berechnen. Dieser Anspruch ist nach §615 BGB berechtigt.

Die Gebühr wird selbstverständlich nicht fällig, wenn in der vereinbarten Zeit ein anderer Patient behandelt wird und kein Ausfall entsteht.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen gelesen und verstanden habe.

Weitere Informationen über unser Leistungsspektrum erhalten Sie gerne im Voraus auf unserer Homepage:

www.dres-schoenwaelder.de

Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Mithilfe!

Datum: _____ Unterschrift: _____

oder gesetzlicher Vertreter