



Anmeldeformular

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Familienversichert bei: _____ geb. am: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Handy: _____ Email: _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung? Ja Nein

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Pflegegrad: _____

Haben Sie ein Bonusheft? Ja (bitte vorzeigen) Nein

Bei Änderung Ihrer Angaben bitten wir um selbstständige Information!

Möchten Sie an unserem Erinnerungsservice zur Gesundheitsvorsorge (Recall) teilnehmen ? Ja (bitte E-Mail Adresse angeben!) Nein

Haben Sie aktuell Beschwerden oder Probleme?

Wünschen Sie eine besondere Beratung über: (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Karies- und Parodontitis Prophylaxe | <input type="radio"/> Zahnaufhellung (Bleaching) |
| <input type="radio"/> Lachgassedierung für Angstpatienten | <input type="radio"/> Unsichtbare Zahnkorrektur (Aligner Schienen) |
| <input type="radio"/> Zahnersatz | <input type="radio"/> Implantate |
| <input type="radio"/> Ästhetische Zahnfüllungen | |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____ | |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Patient*in aus Praxis Oberasbach | <input type="radio"/> Freunde/Bekannte/Verwandte |
| <input type="radio"/> Anzeigen | <input type="radio"/> Praxisschild / Poster Metropol Medical Center |
| <input type="radio"/> Internet | <input type="radio"/> Überweisung |

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben:

(Diese unterliegen, wie alle persönlichen Daten, der Ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft aus!)

| Allgemeine Anamnese: | Ja | | Nein |
|---|-----------------------|----------|-----------------------|
| 1. Waren Sie in letzter Zeit im Krankenhaus / in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wann und warum? _____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 2. Wer ist Ihr Hausarzt? _____ | | | |
| 3. Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 4. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. Marcumar)? Wenn ja, welche? _____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 5. Bluten Sie länger bei kleinen Verletzungen? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 6. Nehmen Sie Bisphosphonate ein? (häufig bei Osteoporose od. Chemobeh.) | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 7. Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 8. Bestehen Allergien oder Material- bzw Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche? _____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 9. Sind Sie zurzeit schwanger? Wenn ja, in der wievielten Woche? _____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 10. Bestehen/bestanden sonstige Erkrankungen oder körperl. Einschränkungen? z.B. Tumorerkrankungen, Epilepsie Wenn ja welche? _____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 11. Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |

| Hatten Sie jemals: | Ja | | Nein |
|--|-----------------------|----------|-----------------------|
| • Kreislaufstörungen? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • Herzerkrankungen? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • Brauchen Sie antibiotische Endokarditis-Prophylaxe? z.B. bei Herzklappenersatz oder Herzfehler | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • Herzschrittmacher | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • Rheumatische Erkrankungen, Gelenkerkrankungen? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • zu hohen Blutdruck? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • Lebererkrankungen? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • Erkrankung der Atemwege? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • Nierenerkrankungen? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • Infektionskrankheiten? Wenn ja: <input type="radio"/> Tuberkulose <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> Hepatitis _____ (A/B/C) <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • Schilddrüsenerkrankungen? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • Engwinkelglaukom (grüner Star)? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • Ohnmachts- oder Krampfanfälle? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| • Sonstige Suchterkrankungen? Wenn ja, welche? _____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |

Abschließend noch eine Bitte: Wir sind eine Bestellpraxis. Um Ihnen die größte Aufmerksamkeit widmen zu können und Wartezeiten zu minimieren, stellen wir die Praxisorganisation je nach dem vereinbarten Termin ganz auf Sie ein. **Sollten Sie die reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, dann teilen Sie uns dies bitte rechtzeitig mit (24 Stunden vorher)! Sonst kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.**

Nürnberg, den _____ Datum Unterschrift _____ Patient/Erziehungsberechtigter