



Ahmed Khalaf
ZAHNARZTPRAXIS NEUENBÜRG

ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen den Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname _____ Titel _____

Straße, Hausnummer _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl, Ort _____ E-Mail _____

Telefon (privat) _____ Telefon (mobil) _____ Telefon (geschäftlich) _____

Beruf, Arbeitgeber _____

Hausarzt, Ort _____

Privat versichert: Basistarif Standardtarif
Gesetzlich versichert: Freiwillig Pflicht

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, seit wann? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
- Empfehlung durch: _____
- Sonstiges: _____

ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

	Ja	Nein
Leiden Sie unter Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engwinkelglaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endokarditis/-prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OPs im Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma, Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	Ja	Nein
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob/Varianten CJK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Blutdruckmedikamente: _____
 Herzmedikamente: _____
 Schmerzmittel: _____
 Kortison: _____
 Antidepressiva: _____

Bisphosphonate: _____
 Schilddrüsenmedikamente: _____
 Blutverdünnende Medikamente: _____
 (z.B. ASS®, Marcumar®)
 Sonstige: _____

	Ja	Nein
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche/wogegen? _____
 Wenn ja, welche Woche/welcher Monat? _____
 Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Wir haben für unsere Patienten ein individuelles Recallprogramm eingerichtet.

Wünschen Sie eine regelmäßige Information zu anstehenden Vorsorge- und Prophylaxeterminen? Ja Nein

Wenn ja, auf welchem Wege? Per Post Per E-Mail

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis bzw. Informationen zu Aktionen übersenden? Ja Nein

Wenn ja, auf welchem Wege? Per Post Per E-Mail

Da unsere Praxis mit einem Bestellsystem arbeitet, wird die Zeit für vereinbarte Termine für Sie reserviert. Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, unbedingt 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls müssen wir Ihnen einen Pauschalsatz von 50 Euro berechnen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben mit bestem Wissen und Gewissen gemacht und die vorliegenden Informationen gelesen habe.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit! Wir wünschen Ihnen einen schönen Aufenthalt in unserer Praxis!
Ihr Praxisteam