

Anmeldung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen!

In Ihrem Interesse bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen – bei auftretenden Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Um unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich zu halten, haben wir die Abrechnung an unseren Partner *mediserv* übertragen (siehe Anhang).

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Patient	Versicherter
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsname:.....	Geburtsname:.....
geb.:	geb.:
Straße:	Straße:
PLZ : Ort:	PLZ : Ort:
Telefon privat:Fax:	Telefon privat:Fax:
Beruf:	
E-Mail:	

Versicherung	
gesetzlich versichert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
privat versichert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragebogen

Patientenname:

Herz/Kreislaufferkrankungen

Bluthochdruck ja nein
Herzerkrankungen ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Endokarditis/Myokarditis ja nein
(Entzündungen am Herzen)

Infektionserkrankungen

Multiresistente Erreger (MRSA, MRGN u. andere multiresistente Erreger ja nein
Hepatitis B//C/ ja nein
HIV/AIDS ja nein
Tuberkulose / Andere ja nein

Allergien / Unverträglichkeiten (falls Allergiepass vorhanden, bitte zeigen Sie ihn uns)

Lokalanästhesie ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Metalle ja nein
Latex ja nein
Sonstige ja nein

Weitere Erkrankungen

Krampfleiden (Epilepsie) ja nein
Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Diabetes ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Osteoporose ja nein
Augenerkrankungen ja nein
psychische Erkrankungen ja nein
Suchtleiden ja nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? (z.B.: **Blutverdünner, Bisphosphonate** ect...) ja nein

wenn ja welche:
.....

Muss bei Ihnen eine Prophylaxe mit Antibiotika vor chirurgischen Eingriffen vorgenommen werden?

➤ ja nein ; wenn ja welches Medikament wird dabei benötigt? :

- Haben Sie sich in den letzten 15 Jahren einer Operation unterziehen müssen? ja nein
Welcher?.....
- Wurden bei Ihnen Strahlenbehandlungen durchgeführt?: (z.B. Tumorbehandlung) ja nein
- Wurde bei Ihnen eine Organtransplantation (z.B. der Herzklappen) vorgenommen ja nein
- Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen oder anderen Stellen geröntgt?
.....(Röntgenpass vorhanden? ja nein
- Besteht eine Schwangerschaft?
➤ ja nein wenn ja, welcher Monat:
- Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?
- Wurde bei Ihnen eine Parodontitis (Zahnfleisch)behandlung durchgeführt? ja nein
Wenn ja – wann?

Hausarzt:

Vorbehandelnder Zahnarzt:

Ich werde Änderungen dieser Angaben während der bevorstehenden Behandlungsmaßnahmen mitteilen.

Wichtige Hinweise:

Wir möchten an dieser Stelle dringend darauf hinweisen, dass nach einer örtlicher Betäubung Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann. Insbesondere Anästhesien (Betäubungen) im Unterkieferbereich sind mit einem Risiko einer Nervschädigung des Zungen - (Nervus lingualis) und des Lippennervens (Nervus mandibularis) verbunden, dies geschieht allerdings nur in den seltensten Fällen.

Durch Ihre Terminvereinbarung mit uns wird für Sie ein bestimmter Zeitraum exklusiv reserviert. Trotzdem kann es vorkommen, dass Wartezeiten durch unvorhergesehene Schmerzbehandlungen entstehen. Diesbezüglich bitten wir Sie um Verständnis!

Datum:..... Unterschrift:.....