

ANMELDEBOGEN der Fachpraxis für Zahnheilkunde Dr. Marc-Gunnar Marcus

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns sehr, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Bitte füllen Sie diese Fragen für Ihre Zahnbehandlung vollständig und wahrheitsgemäß aus. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank.

Patient/in: geb. am:

Adresse: Tel. (privat):

Beruf: Tel. (geschäftlich):

familienversichert über: geb. am:

Adresse: Tel. (privat):

Versichert über eine Krankenkasse oder Privatversicherung oder als Selbstzahler?

Ich bin pflichtversichert ja nein Ich bin als Privatpatient im Basistarif versichert ja nein

Ich bin beihilfeberechtigt ja nein Ich habe eine Zahnzusatzversicherung ja nein

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen (bitte mit Ja oder Nein bestätigen)?

- Herzerkrankung / Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- Infektionskrankheit (z.B. Tuberkulose, HIV)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Blutungsneigung / Blutverdünner	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Herzschrittmacher / Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- mein Blutdruck ist	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch

Haben Sie sonstige Erkrankungen?

Welche Medikamente nehmen Sie deshalb ein?

Haben Sie eine Allergie (z.B. gegen ein Antibiotikum, Jod, Latex)? ja nein

Wenn ja, welche?

Von welchem Hausarzt werden Sie behandelt? Tel.:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein evtl. Rauchen Sie regelmäßig? ja nein

Erfolgten im letzten Jahr zahnärztliche Röntgenaufnahmen? ja nein

Wenn ja, von wem und warum?

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? War diese abgeschlossen? ja nein

Mit welchen Wünschen oder Problemen kommen Sie in unsere Praxis?

Kommen Sie auf Empfehlung zu uns?

Wünschen Sie von uns postalisch an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert zu werden (Recall)? ja nein

Ich versichere, dass jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung sofort mitgeteilt wird. Ich weiß, dass Betäubungen / Medikamente die Reaktionsfähigkeit nach der Behandlung beeinträchtigen können.

Berlin, den

Unterschrift: