

Anmeldeformular

VENEER
ÄSTHETIK
CHIRURGIE
BLEACHING
ENDODONTIE
LASERTHERAPIE
PARODONTOLOGIE
FUNKTIONSANALYSE
IMPLANTATPROTHETIK
KIEFERGELENKBEHANDLUNG
PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNG
MODERNE KRONEN- UND BRÜCKENTECHNIK

Herzlich willkommen,
in unserer Praxis für ästhetische Zahnmedizin, Dr. Q. Zucker, S. Rettig und Kolleginnen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht! Sollten Sie bei der Beantwortung Schwierigkeiten haben, helfen wir gerne weiter.

Patient Herr / Frau / Kind	Name	Vorname	Geburtsdatum
Ggf. gesetzlicher Vertreter	Name	Vorname	
Anschrift	Straße	Haus-Nr.	Telefon
	Postleitzahl	Ort	e-Mail
Krankenkasse	Name		
Arbeitgeber	Firma	Ort	Telefon / e-Mail
Beruf			
Hausarzt			
Empfohlen von			

bitte wenden ...

Anmeldeformular

Bitte ankreuzen:

ja/nein

ja/nein

Haben Sie...

Neigen Sie zum Schnarchen?

Zahnfleischbluten?

Leiden Sie unter schlechtem Atem?

öfter Kopf-/ Hals-/ Nackenbeschwerden?

Rauchen Sie?

öfter Ohrenschmerzen?

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

Knirschen Sie mit den Zähnen?

Gefällt Ihnen Ihre Zahnstellung?

Sind Sie schwanger?

wenn ja, wievielte Woche? _____

Zur genaueren Berechnung der Lokalanästhesie möchten wir Sie bitten, Ihr Gewicht anzugeben.

< 50 kg 50-70 kg 70-90 kg 90-120 kg >120 kg

Wünschen Sie eine regelmäßige Erinnerung an Ihre Routineuntersuchung?

(Aufnahme in unser Recallsystem ☺ notwendig für Ihr Bonusheft)

Leiden Sie unter einer der nachstehenden Erkrankungen?

Blutgerinnungsstörung

Rheuma

Lebererkrankung

Immunschwäche

Diabetes

Magen-Darm-Erkrankung

Asthma

Augenerkrankung (Glaukom)

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)

Ohnmachtsneigung

Infektionskrankheit (HIV/AIDS, Hepatitis, TBC)

Osteoporose

Blutdruck

niedrig

normal

hoch

Herzerkrankung

wenn ja welche? _____

Allergien

wenn ja welche? _____

Sonstige Erkrankungen

wenn ja welche? _____

Medikamente:

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto)

Nehmen Sie Bisphosphonate?

Nehmen Sie z.Z. Medikamente?

wenn ja welche? _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

wenn ja welche? _____

Bitte beachten Sie:

Betäubungsmittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen! Eine örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Sie 1 Stunde nicht und 24 Stunden nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Planung Ihrer Behandlungstermine.

Wir bemühen uns, Ihre Wartezeit so kurz wie möglich zu halten. Kleine Verschiebungen können jedoch – bedingt durch Notfälle – hin und wieder einmal vorkommen.

Falls Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, stornieren Sie diesen bitte mindestens einen Tag vorher. Ansonsten behalten wir uns eine Berechnung von 50,00 € für die ausfallende Zeit vor.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!