



DR. MARC SCHMIDT

ZAHNARZT IM SEERHEINCENTER

Anmeldebogen

Bitte vor der Behandlung vollständig mit DRUCKSCHRIFT ausfüllen und abgeben

Frau/Herr geb.

(Name)

(Vorname)

Straße/Hausnr.

Land/PLZ/Wohnort

E-Mail: Telefon

Selbstzahler Privat versichert gesetzlich krankenversichert (z.B. AOK, TKK, BKK)

Krankenkasse

Name des Mitgliedes geb.

Beruf des Mitgliedes:

Beschäftigt bei:

PLZ, Ort:

(bei Privatrechnung) Rechnung an:

nach Absprache

Ja

Nein

1. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?

2. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?

3. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen oder haben
Sie Kiefergelenksbeschwerden?

4. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

5. Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

a) Asthma (schwere Atemnot), Heuschnupfen (**bitte unterstreichen**)

b) Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeit von Medikamenten

Wenn ja, welche?

c) Hoher Blutdruck

d) Schlaganfall, Lähmungen (**bitte unterstreichen**)

e) Herzinfarkt

f) Gelbsucht, Leberkrankheiten (Hep A,B,C) (**bitte unterstreichen**)



Ja Nein

g) Zuckerkrankheit (Diabetes)

h) Rheuma

6. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?

7. Bestehen derzeit andere Krankheiten, wenn ja, welche? HIV? Creutzfeldt-Jacob ?

8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

9. Möchten Sie an unserem Zahnreinigungserinnerungssystem im 6-Monats-Turnus teilnehmen?

10. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung (im Zahnbereich)?

11. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, Geburtstermin

12. Rauchen Sie ?

Wenn ja, wie viele pro Tag?

12. Wie oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ich bin damit einverstanden, dass ich bei einem von mir zu vertretenden Nichteinhalten eines längeren, im voraus vereinbarten Termins ab einer Dauer von 30 Minuten ohne eine rechtzeitige vorherige Absage (mind. 48h vor dem Termin) eine Aufwandsentschädigung von 100 EUR pro angefangener halber Stunde erstatten muss, da es sich bei der Praxis um eine reine Bestellpraxis handelt und Termine ohne rechtzeitige vorherige Absage nicht mehr an einen anderen Patienten vergeben werden können. (Bitte haben Sie Verständnis, dass ein Streichen dieser Klausel nicht akzeptiert werden kann).

Hinweis: Alle Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und niemals weiter gereicht. Um Verwechslungen auszuschliessen und unsere Patienten persönlich zu erkennen, erstellen wir bei Neupatienten immer ein Photo. Für eine sichere Diagnose und den Ausschluss von Erkrankungen in Bereichen, die man nicht sieht (z.B. Karies zwischen den Zähnen, Wurzelspitzen, Knochenverlauf), benötigen wir außerdem ein Röntgenbild.

Ort, Datum

Unterschrift