



## Anmeldeformular

### Patient

Name .....

Vorname .....

Geb. ....

Adresse .....

.....

.....

Telefon / privat .....

Telefon / Arbeit .....

Mobiltelefon .....

E-Mail-Adresse .....

Beruf .....

Arbeitgeber .....

### Versicherter

Name .....

Vorname .....

Geb. ....

Adresse .....

.....

.....

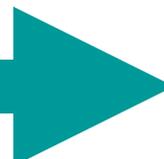
### Versicherung

Gesetzliche Krankenvers.  Private Krankenvers.  Beihilfe  Zusatzversicherung   
(Nur Basistarif?)

### Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

	ja	nein		ja	nein
Herz / Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzneimittelüberempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV pos. / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden Halswirbelsäule bzw. Schulterbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zähne nicht richtig aufeinander passen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kaumuskelbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen / Pressen der Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

BITTE BEACHTEN SIE AUCH DIE RÜCKSEITE



## Spezielle Fragestellungen

### Was ist der Anlass Ihres Besuches?

- Allgemeine zahnmedizinische Kontrolluntersuchung
- Schmerzen
- Zahnfleischbluten
- Defekter Zahnersatz
- Neuer Zahnersatz erforderlich
- Beratung erwünscht
- Ästhetische Verbesserung erwünscht
- Anderes

Wir haben in unserer Praxis ein Recall-System zur Terminerinnerung etabliert, bitte kreuzen Sie an, wenn Sie daran **NICHT** teilnehmen möchten



### Haben Sie einen Hausarzt?

Falls bekannt:

Name .....

Telefon .....

### Wie oder durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden nur in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

Ich bin - widerruflich - mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) einverstanden.

Ich bin darüber informiert, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern nicht innerhalb von 10 Tagen ein Zahnbehandlungsschein oder eine Krankenversicherungskarte (KVK) einer gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt. Vereinbarte Termine bitte spätestens 24 Stunden vorher absagen, da Ihnen sonst die für uns ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden kann (§§ 304, 615 BGB).

Datum .....      Unterschrift .....

Wir bedanken uns für die Beantwortung unserer Fragen!