

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Patienten-Anmeldung



Landstuhler Straße 26a · 66877 Ramstein
Tel.: 06371/71 538 · Fax: 06371/57 404

Patient (Name, Vorname)

geb. am

Vers. Mitglied (Name, Vorname)

geb. am

Straße

PLZ Wohnort

Krankenkasse

Beruf

Arbeitgeber

Telefon (privat/mobil) (Arbeits-(Dienst)Stelle)

Anamnese

Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wer ist Ihr Hausarzt?

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche?

Vertragen Sie bestimmte Medikamente (z. B. Penicillin) nicht? ja nein
Wenn ja, welche?

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf/Kieferbereich geröntgt? ja nein

Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft? ja nein

Herz-Kreislaufkrankungen ja nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz ja nein

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente? ja nein

Allergien (z. B. Heuschnupfen) ja nein

Diabetes ja nein

Infektionskrankheiten (z. B. TBC, Gelbsucht, HIV) ja nein

Rheuma ja nein

Lebererkrankung ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Osteoporose ja nein

ggf. Medikamente (Bisphosphonate) ja nein

sonstige Erkrankungen ja nein

Wenn ja, Welche?

Zahnfleischbluten ja nein

Legen Sie Wert auf lokale Betäubung? ja nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

Möchten Sie an regelmäßige Kontrolluntersuchungen erinnert werden (**Recall**)? ja nein

Wenn Ja, Emailadresse:

Wünschen Sie mehr Informationen zu:

Prophylaxe ja nein

Professionelle Zahnreinigung ja nein

Bleaching/Zahnaufhellung ja nein

Implantate ja nein

Zahnersatz ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Achtung: Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen 24 Stunden vorher abgesagt werden, da hier sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum Unterschrift des Patienten