



Anmeldungsbogen

Dieser Fragebogen wird Ihrer persönlichen Akte beigelegt. Er dient dazu, die Behandlung an Ihren Gesundheitszustand anzupassen und unnötige Risiken zu vermeiden. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name; Vorname (**Patient**) Straße PLZ; Wohnort geb. am

Name; Vorname (**Versicherter**) Straße PLZ; Wohnort geb. am

Telefon privat Handy E-Mail

Beruf / Arbeitgeber Telefon dienstlich Hausarzt /Ort

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche? _____

Haben Sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Angina pectoris |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> künstl. Herzklappe | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/ koronare Herzerkrankung (Stent/ Bypass) | <input type="checkbox"/> Bypassoperation | |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankheit? ja nein

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? (Ass,Marcumar) ja nein

Haben Sie Allergien / Allergiepass? Welche? _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker) | <input type="checkbox"/> Grüner Star (erhöhter Augendruck) |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Infektionserkrank. (Hepatitis, Tuberkulose, AIDS u.a.) |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung (Asthma/ Bronchitis/COPD) |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen(Bestrahlung, Chemotherapie, Bisphosphonate) | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: _____ | |

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja, Monat nicht sicher nein

Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus!

Professionelle Zahnreinigung – PZR

Ich bin an der Vorsorge zur Gesunderhaltung meiner Zähne,verbessertes Zahnpflege und professioneller Intensiv-Zahnreinigung, der sogenannten Prophylaxe interessiert. ja nein

Füllungen im Seitenzahnbereich möchte ich aus:

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keramikinlay | Privatleistung (ca. 500,- Euro) |
| <input type="checkbox"/> Kunststoff | Zuzahlung (30,- bis 80,- Euro) |
| <input type="checkbox"/> Glasionomercement | Kassenleistung |

Mit welchen Wünschen kommen Sie in unsere Zahnarztpraxis?

Wie oder durch wen wurden Sie auf unsere Zahnarztpraxis aufmerksam?

Ich möchte an dem **kostenlosen** Erinnerungsservice (Recall) zur halbjährlichen Vorsorgeuntersuchung teilnehmen. ja nein

Lokale zahnärztliche Anästhesie:

Ist eine Behandlung mit örtlicher Betäubung (Spritze) gewünscht? ja nein eventuell

Traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? ja nein

Der Aufklärungsbogen zur Lokalanästhesie wurde mir ausgehändigt. Ich willige in die Verabreichung von Betäubungsspritzen im Rahmen zahnärztlicher Behandlungen ein. Mir ist bekannt, dass ich eine Einwilligung bis zum Beginn einer einzelnen Behandlung widerrufen kann.

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass nach der Gabe von Betäubungsspritzen und Medikamenten in der Praxis die Reaktionsfähigkeit vermindert sein kann. Unter Medikamenteneinfluss ist besondere Vorsicht beim Führen von Kraftfahrzeugen oder bei der Arbeit an Maschinen geboten.

Datenschutzvereinbarung und Schweigepflichtsentbindung

Mir ist bekannt, dass meine Behandlungsdaten in der Zahnarztpraxis Dr. Steffen Pfleger gespeichert werden. Alle Mitarbeiter der Praxis haben Zugriff auf diese Daten. Die allgemeine Patienteninformation der Zahnarztpraxis zum Datenschutz befindet sich im Wartebereich.

Die Zahnarztpraxis Dr. Pfleger darf mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern und auch an diese übermitteln.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unseren Anhebungsbogen auszufüllen!

Hirschaid, _____

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter (z.B. Eltern)