



Patientenfragebogen

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Zeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diesen nicht einhalten können. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir für nicht eingehaltene Termine bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine eine Gebühr in Höhe von ca 30,- EUR in Rechnung stellen müssen, sofern wir den Termin nicht anderweitig belegen können.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen

Patient

Hauptversicherter (bei Familienversicherung)

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Geb.-Datum _____

Telefon/ Handy _____

Habe Sie eine ePA (elektr.Patientenakte) ja nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Möchten Sie an den nächsten Kontrolltermin erinnert werden? ja nein

Bei welchem Zahnarzt waren Sie vorher in Behandlung?



ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Krankheiten, Allergien und Medikamenten-Unverträglichkeit aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgende Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit Ihre Behandlung darauf abgestimmt werden kann. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren Allergiepass zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie zurzeit Medikamente einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein.

Vielen Dank!

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Nehmen Sie Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung? ja nein
Wenn ja, welche? Marcumar Herz-ASS Xarelto

Haben Sie Allergien? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Sind Sie Raucher*in? ja nein
Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag? _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, welche SSW? _____

Erkrankungen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-überfunktion | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV) |
| <input type="checkbox"/> Herz-Operation | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-unterfunktion | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | | |

sonstige: _____

Bottrop, den _____

Unterschrift: _____