

DR. KROES / ZÄ. DREPPER & KOLLEGEN

ZAHNHEILKUNDE | PROPHYLAXE | IMPLANTOLOGIE | PARODONTOLOGIE

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche/Probleme unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Anmeldebogen mit Anamnese

1. Angaben zur Person

Name: _____ Wenn Sie nicht selbstversichert sind,
Vorname: _____ wer ist Versicherter?
Geburtsdatum: _____ Name: _____
Geburtsort: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Adresse: _____
Telefon Privat: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort _____
Telefon Arbeit: _____
Krankenkasse: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des Öffentl. Dienstes? ja nein
Pflichtversichert: ja nein
Zusätzlich versichert ja nein

Name Ihres Hausarztes _____

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung Telefonbuch
Gelbe Seiten Ärztetafel (im „Örtlichen“)
Internet – Google Homepage direkt

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

2. Fragen zur Person

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein

Sind Sie HIV positiv? ja nein

Haben Sie Hepatitis B? ja nein

Haben Sie Hepatitis C? ja nein

Haben Sie Diabetes? ja nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja nein

Leiden Sie unter Migräne? ja nein

Haben Sie grünen Star? ja nein

Haben Sie Asthma? ja nein

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____Woche ja nein

Nehmen Sie im Moment Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? ja nein

Wenn ja, welche? _____

3. Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Kontrolluntersuchung? ja nein

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein

Wünschen Sie über künstl. Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? ja nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja nein

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor jeder Behandlung mit.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Um unnötige Kosten zu vermeiden, bitten wir Sie, vereinbarte Termine möglichst 48 Stunden vorher abzusagen.

Soest, _____

Unterschrift Patient