

Anmeldung



ZAHNARZTPRAXIS
Dr. Ute Engelmann
UND KOLLEGEN

Ahrainer Straße 16 · 84051 Essenbach
Tel.: (0 87 03) 86 60 · Fax: (0 87 03) 9 06 40 04
Internet: www.zahnarztpraxis-engelmann.de

Willkommen in unserer Praxis!

Für Ihre individuelle Behandlung benötigen wir einige Angaben von Ihnen, die wir nachfolgend erfragen. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und nach bestem Wissen. Alle Angaben auf diesem Befundbogen unterliegen ebenso wie alle Behandlungsangaben der ärztlichen Schweigepflicht. Jede Behandlung setzt einen hohen organisatorischen Aufwand voraus. Deshalb bitten wir Sie unumgängliche Terminänderungen uns mindestens 24 Stunden vorher mitzuteilen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Familienname: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____ geboren am: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ Beschäftigt bei: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/dienstlich: _____ E-Mail/dienstlich: _____

Mitversichert bei: (Ehegatten oder Eltern) _____

Familienname: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____ geboren am: _____

PLZ/Ort: _____

Name und Sitz der Krankenversicherung: _____

Gesetzlich pflichtversichert Freiwillig ges. versichert Privat versichert Beihilfe

Privatzusatzversichert

Standardtarif

Basistarif

Wie sind Sie
auf unsere Praxis
aufmerksam
geworden?

Empfehlung

Telefonbuch

Internet

gezielte Suche

zufällig

Bitte wenden!

Anamnese

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Allergische Reaktionen / Medikamentenüberempfindlichkeit

ja nein

Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja nein

Atemwegserkrankungen

ja nein

Stoffwechselerkrankungen

ja nein

Diabetes

ja nein

Magen-Darm-Erkrankung

ja nein

Grüner Star (Glaukom)

ja nein

Rheuma / Osteoporose

ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Herzpass ja nein

Herzkrankung / Herzschwäche

ja nein

Wenn ja, welche?

Herzschrittmacher ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Infektionskrankheiten

ja nein

Gelbsucht (Hepatitis)

ja nein

Immundefizienz-Syndrom (AIDS)

ja nein

Tuberkulose ja nein Nierenerkrankungen ja nein

Lebererkrankungen ja nein

Depression / Erkrankung des Nervensystems

ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie)

ja nein

Tumorerkrankungen (Chemo- / Strahlentherapie)

ja nein

Andere Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Haben Sie Probleme mit:

Zahnfleischbluten, Zahnlockerungen ja nein

Schmerzen im Kiefergelenksbereich ja nein

Verspannungen der Kaumuskelatur ja nein

Akute Gesichtsschmerzen oder Zahnschmerzen ja nein

Mundtrockenheit / Schluckbeschwerden ja nein

Überreaktionen auf Schmerzen ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

ja nein

Wann war die letzte Röntgenaufnahme im Zahn-/Mundbereich? _____ keine

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Professionelle Zahnreinigung

Haben Sie Interesse an Karies- und Parodontoseprophylaxe (PZR)?

ja nein

Haben Sie Interesse an unserem kostenlosen Prophylaxe-Erinnerungsservice (Recall)?

ja nein

Haben Sie Interesse an einer Beratung über Zahnimplantate?

ja nein

Haben Sie Interesse an einer Zahnaufhellung?

ja nein

Haben Sie Interesse an Amalgamalternativen?

ja nein

Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werde ich dem behandelnden Arzt unverzüglich mitteilen.

Essenbach, den _____

(Datum)

(Unterschrift)