

Zahnarztpraxis

Dr.Sorge

Pfotenhauer Strasse 41 – 01307 Dresden
Telefon: 0351 89249864 – Telefax: 0351 8924862
kontakt@zahnarzt-sorge-dresden.de

Anmeldebogen mit Anamnese

16. Mai 2018

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
E-Mail privat: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes? ja nein
Krankenkasse: _____
Pflichtversichert: ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer Allergie? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung? ja nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein

Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja

niedrigen Blutdruck? ja

Haben Sie Diabetes? ja nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja nein
HIV Hepatitis B Hepatitis C
Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja nein
Leiden Sie unter Migräne? ja nein
Haben Sie grünen Star? ja nein
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja nein
Rauchen Sie? ja nein
Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja nein
In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? _____
Sonstiger Grund _____

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein
Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein
Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? ja nein
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein
Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein
Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung? ja nein
Ist ein vollständiges Bonusheft vorhanden? ja nein
o 5 Jahre o 10 Jahre

Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten? ja nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja nein
Möchten Sie darüber eine Beratung? ja nein

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

Kontrolluntersuchungen
Professionelle Zahnreinigung

Die Erinnerung wünsche ich

per Brief
per E-Mail
per Telefonanruf

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Dresden, 16. Mai 2018

Charly Solutio

Liebe Patienten,

um die Wartezeit für Sie so gering wie möglich zu halten, arbeiten wir nach einem Bestellsystem. Das bedeutet, dass wir die mit Ihnen vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie vorbehalten haben.

Sollten Sie einen mit uns vereinbarten Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie den Termin so früh wie möglich, spätestens aber 24 Stunden vorher, abzusagen. Nur so haben wir die Möglichkeit, die für Sie reservierte Zeit anderweitig zu vergeben.

Aus Gründen der Fairness möchten wir Sie darauf hinweisen, dass Ihnen eine Ausfallrechnung gestellt werden kann, sollten Sie den Termin nicht innerhalb dieser Frist absagen.

Diese Regelung gilt natürlich nur, wenn Sie den Termin aus eigenem Verschulden nicht wahrgenommen haben bzw. es durch Sie verschuldet wurde, den Termin nicht rechtzeitig abzusagen.

Danke für Ihr Verständnis

Ihr Praxisteam

16. Mai 2018

Charly Solutio