Roland Kienle Susanne Thomascheck
Zahnärzte

Patienten – Anmeldebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Patient Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort Telefon privat / Telefon mobil

E – mail – Adresse Beruf Arbeitgeber Telefon geschäftlich

Ich bin bei der _____ **gesetzlich** versichert [ ] pflichtversichert
Krankenkasse [ ] freiwillig versichert
[ ] mit Zusatzversicherung

Ich bin bei der _____ **privat** versichert [ ] **nicht** im Basistarif
Krankenkasse [ ] im Basistarif
[ ] beihilfeberechtigt

Um sie bestmöglich und individuell behandeln zu können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Sind Sie fortlaufend in ärztlicher Behandlung ? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? Wenn ja, welche ? _____

Wann wurden die letzten Röntgen - Aufnahmen von Zähnen und Kiefer gemacht ? _____

Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor ? Wenn ja, welcher Monat ? _____

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Beschwerden oder Krankheiten ?

Allergien _____
(Lokalanästhetika, Antibiotika, Schmerzmittel, u.a.)

Infektionserkrankungen _____
(HIV, Hepatitis, Tuberkulose, u.a.)

Herz –Kreislauf- Erkrankungen _____
(Hoher / niedriger Blutdruck, Herzklappenerkrankung/-defekt, Herzerkrankung/- operation, Herzschrittmacher, u.a.)

Weitere Erkrankungen _____
(Blutgerinnungsstörung, Rheuma, Diabetes, Asthma, Epilepsie, Nierenfunktionsstörungen, Ohnmachtsneigung, u.a.)

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam ? _____

Wichtige Informationen:

- Um Ihnen unsere gesamte Aufmerksamkeit widmen zu können, werden die vereinbarten Termine ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie uns mindestens 24 Stunden vorher zu informieren, ansonsten müssen wir Ihnen im Sinne eines geregelten Praxisablaufs unsere Ausfallzeit nach §§ 304, 615 BGB privat in Rechnung stellen.
- Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen gelesen und verstanden habe.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift