

# Zahnarztpraxis Maik Springer

## Anmeldung und Anamnese

Patientenname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Mitglied/Versichert bei \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Anschrift falls vom Patient abweicht: \_\_\_\_\_  
**Telefon :** \_\_\_\_\_  
**Handynummer:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja  nein   
Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_  
Anschrift, \_\_\_\_\_

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben

Leiden Sie an :

- akuten oder chronischen **Erkrankungen des Herz-, Kreislaufsystems** ? \_\_\_\_\_
- **Infektionskrankheiten** (Hepatitis, Tbc, Aids, Tuberculose) ? \_\_\_\_\_
- **innern Erkrankungen** (Diabetes usw.)? \_\_\_\_\_
- **sonstigen** allgemeinen Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Haben Sie

- einen **Herzschrittmacher**? ja  nein
- eine **künstliche Herzklappe**? ja  nein
- **Grauen Star** ja  nein
- **Grünen Star** ja  nein

Besteht eine **Überempfindlichkeit** (gegen Medikamente, Materialien, sonstiges)? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja  nein  (Wenn ja, lassen Sie diesen bitte kopieren)

Für Frauen: Besteht eine **Schwangerschaft, bzw. die Möglichkeit**? ja  nein  Welcher Monat? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie **Medikamente** ein? ja  nein  Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Nehmen oder haben Sie **Bißphosphonate** (z.B. bei **Knochentumoren, Osteoporose**) eingenommen? ja  nein

Legen Sie Wert auf eine Behandlung mit lokaler Betäubung: ja  nein   
Achtung, nachdem Sie eine örtliche Betäubung bekommen haben, ist die **Fahrtüchtigkeit eingeschränkt**.

Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich war: \_\_\_\_\_ Empfohlen/ Überwiesen durch: \_\_\_\_\_

Wir empfehlen Ihnen unseren Erinnerungsservice für Ihre regelmäßige Kontrolluntersuchung und Prophylaxebehandlung.

Ich möchte den unverbindlichen Erinnerungs-Service nutzen: ja  nein

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir eine Bestellpraxis sind und damit versuchen Ihre Wartezeiten auf ein Minimum zu reduzieren. **Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir Ihnen ansonsten den dadurch entstandenen Ausfall in Rechnung stellen müssen.**

Wir danken für Ihr Verständnis.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_