

Anmeldung

Vorname : Name : geb. am :

Straße : PLZ Ort :

Telefon-Nr. : Geschäft/Firma.....

Krankenkasse : Privat versichert : ja/nein

Beihilfeberechtigt : ja/nein Beruf

Versicherter:

Vorname : Name : geb.

Straße : PLZ Ort.....

Arbeitgeber :

Erkrankungen

Herzkrankheit/ Kreislauf:.....

Allergien/ Rheuma:.....

Zuckerkrankheit:.....

Schilddrüsenerkrankung.....

Falls Sie regelmäßig Medikamente einnehmen -welche?.....

Schwangerschaft : wenn ja, welcher Monat?.....

Waren Sie in den letzten Jahren im Krankenhaus?.....

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente überempfindlich?.....

Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen?.....

Hatten Sie Gelbsucht?.....

Wurde ein HIV-Test durchgeführt? ja / nein Ergebnis : pos. / neg.

Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück?.....

Bitte wenden

Sind Sie bei entsprechender Indikation, an Zahnersatz mit Implantaten interessiert? ja / nein

Soll eine regelmäßige Prophylaxe mittels professioneller Zahnreinigung PZR durchgeführt werden?
Kostenaufwand 70,- Euro
1xjährlich / einmalig / nein

Wünschen Sie eine Erinnerung an die halbjährliche Kontrolluntersuchung? ja / nein

Welche Wünsche haben Sie ?

Wie beurteilen Sie den aktuellen Zustand Ihrer Zähne (oder Prothesen) ? Bitte ankreuzen:

(1) (2) (3) (4) (5) (6)
sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
- Praxisschild
- Empfehlung
- Sonstiges

HINWEIS

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.
Die Behandlungsdaten werden auf Computer gespeichert.
Ich verpflichte mich, jede Veränderung der obigen Angaben sofort mitzuteilen.

Aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen bitten wir Sie Termine 24 Stunden vorher abzusagen.

Ansonsten müssen wir Ihnen die Ausfallzeit der Praxis mit einer Pauschale von 100,- Euro in Rechnung stellen.

Wir bitten um Ihr Verständnis.

Mönchengladbach, den..... Unterschrift.....