



DR GEORGALIS
ZAHNARZTPRAXIS.PROPHYLAXECENTER
UND KOLLEGEN

ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
recht herzlich möchten wir Sie in unserer Praxis begrüßen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten sich in Zukunft Änderungen an den hier gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie uns diese umgehend mitzuteilen!

	PATIENT/IN	VERSICHERTE/R
Name:
Vorname:
geb. am:
Straße:
PLZ/Ort:
Tel. privat:
Tel. gesch.:
Mobil:
E-Mail:
Beruf:
Arbeitgeber:
Krankenkasse:

BITTE BEI GESETZLICHER KASSE ANGEBEN:

Pflichtversichert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Freiwillig versichert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zusatzversichert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kostenerstattung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

BITTE BEI PRIVATER KASSE ANGEBEN:

Standardtarif	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Studentisch vers.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Beihilfeberechtigt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

EMPFOHLEN VON/DURCH:

GRUND IHRES BESUCHS:

Kontrolluntersuchung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Beschwerden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Beratung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Behandlung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

SONSTIGES:



ANAMNESEBOGEN

Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden und eine bestmögliche medizinische Betreuung zu gewährleisten, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Infektionserkrankung (HIV) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzerkrankung (Herzschrittmacher, Herzklappenersatz) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blutungsneigung, Bluterkrankung (Bluthochdruck) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Stoffwechselerkrankung (Diabetes) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Lebererkrankung (Hepatitis) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Erkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenkerkrankung (Rheuma, Osteoporose) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nierenerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Lungenerkrankung (Asthma) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wurden Sie jemals wegen einer Tumorerkrankung behandelt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?

Bestehen bei Ihnen Allergien?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein Welche?

Sind Sie Raucher? ja nein Wenn ja, wie viel Zigaretten täglich? Stck/Pckg

Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Sonstige für Ihre Behandlung relevante Angaben?

Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? ja nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein Leiden Sie, wenn auch gelegentlich, unter Mundgeruch? ja nein

Möchten Sie über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert werden, auch wenn diese nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen übernommen werden? ja nein

Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden (Recall)? ja nein

Ich wünsche eine besondere Beratung zum Thema:

Prophylaxe ja nein Parodontologie ja nein

Zahnersatz ja nein minimalinvasive Implantologie ja nein

Sonstiges

Termine für die vereinbarte Zeit sind nur für Sie reserviert. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, jedoch spätestens **48 Stunden** vorher. Bei kurzfristigen Absagen oder Nichteinhaltung eines Termins können Ausfallkosten in Rechnung gestellt werden.

.....
Datum, Unterschrift