

ANMELDEFORMULAR

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

DIESER ANMELDEBOGEN DIENST IHRER GESUNDHEIT UND SICHERHEIT. BITTE LESEN SIE IHN GUT DURCH UND FÜLLEN IHN SORGFÄLTIG AUS. DIE ANGABEN UNTERLIEGEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT UND DIENEN AUSSCHLIEßLICH DAZU, IHRE BEHANDLUNG BESTMÖGLICH DURCHFÜHREN. SOLLTEN SIE FRAGEN ZU DEN EINZELNEN PUNKTEN HABEN, HELFEN WIR GERN.

➤ PERSÖNLICHE DATEN

NACHNAME / VORNAME _____

GEB. AM _____

STRAßE / NR. _____

PLZ / WOHNORT _____

E-MAIL / HOMEPAGE _____

TEL. _____ HANDY _____

BERUF _____

ARBEITGEBER _____ TEL. _____

ANSCHRIFT ARBEITGEBER _____

KRANKENKASSE _____

PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNG _____

HAUSARZT _____

BETREUER / GESETZLICHE VERTRETUNG _____

SIE KÖNNEN GERN AN UNSEREM RECALLSYSTEM TEILNEHMEN, DURCH DAS SIE IN REGELMÄßIGEN ABSTÄNDEN SCHRIFTLICH AN DEN NÄCHSTEN VORSORGETERMIN ERINNERT WERDEN.

JA

NEIN

Wir sind ein bisschen neugierig. Wer hat diese Praxis empfohlen?

➤ ALLGEMEINE ANAMNESE

BITTE TEILEN SIE UNS IM SPRECHZIMMER WICHTIGE BEFUNDE MIT. HIER KÖNNEN SIE UNS BEREITS EINEN KURZEN ÜBERBLICK VORAB GEBEN.

BESTEHEN FOLGENDE ERKRANKUNGEN / BESCHWERDEN (NUR ANKREUZEN BEI „JA“!)

ASTHMA

MIGRÄNE

KOPF- / NACKENSCHMERZEN

BLUTGERINNUNGSSTÖRUNGEN

CHRONISCHE MAGEN-/DARMERKRANKUNG

HERZFEHLER

ERKRANKUNG AN

EPILEPSIE

LEBER

DIABETES / ZUCKER

NIEREN

GLAUKOM / GRÜNER STAR

HERZINFARKT WANN? _____

SCHILDDRÜSENERKRANKUNG _____

ALLERGIEN _____

HERZKREISLAUFERKRANKUNG / BLUTDRUCK

ZU HOCH

ZU NIEDRIG

HABEN SIE ANSTECKENDE ERKRANKUNGEN ODER SOLCHE DURCHGEMACHT: HEPATITIS (GELBSUCHT), HIV, TUBERKULOSE?

- NEHMEN SIE REGELMÄßIG MEDIKAMENTE EIN? (z.B. ASS)
WENN JA, WELCHE?
-

- WANN WURDEN SIE DAS LETZTE MAL GERÖNTGT?
JAHR/MONAT _____

BEI FRAUEN: SIND SIE SCHWANGER?

WENN JA, WELCHE WOCHE HEUTE?: _____

NEHMEN SIE DIE ANTIBABY-PILLE?

JA / NEIN

WELCHE? _____

➤ ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

WESHALB SUCHEN SIE UNSERE PRAXIS AUF, WAS IST IHR HAUPTANLIEGEN?

HABEN SIE EINEN RÖNTGENPASS? JA NEIN

SIND FÜR SIE ÄSTHETISCH SCHÖNE ZÄHNE WICHTIG? JA NEIN

HABEN SIE ANGST VOR DER ZAHNBEHANDLUNG ODER EIN „UNRUHIGES GEFÜHL“?
 JA NEIN

MÖCHTEN SIE GRUNDSÄTZLICH MIT „SPRITZE“ BEHANDELT WERDEN?
 JA NEIN

INTERESSIERT SIE UNSER PROPHYLAXE-PROGRAMM? JA NEIN

„NIE WIEDER ZAHNFÄULE!

„NIE WIEDER ZAHNFLEISCHBLUTEN!“

DANKE FÜR IHRE ANGABEN! EIN LETZTES NOCH:

ICH BESTÄTIGE, VORSTEHENDE ANGABEN NACH BESTEM WISSEN GEMACHT ZU HABEN.

Achim, den _____

UNTERSCHRIFT