

Dr. Meike Knott – Ihre Zahnärztin im Zehenthof

ANMELDUNG



Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Das heißt, dass wir eine gewisse Behandlungszeit für Sie ausplanen. Daher bitten wir Sie herzlich, Ihren Termin mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie ihn nicht wahrnehmen können.

Liebe Patienten,

ein Zahnarztbesuch ist

große Vertrauenssache.

Um Ihre Behandlung optional

Auf Sie abstimmen zu können,

*bitten wir Sie, **beide** Seiten*

dieses Bogens vollständig

auszufüllen.

Sämtliche Angaben unterliegen

Der ärztlichen Schweigepflicht.

Spätere Änderungen bitten wir

Umgehend mitzuteilen.

Vielen Dank !

Patient

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Geburtsort:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Telefon privat:

Handy:

E-Mail:

Telefon geschäftlich:

Versicherter (Eltern/Ehegatte)

Name:.....

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Geburtsort:

Beruf:

Arbeitgeber:

Telefon privat:

Versicherungsverhältnis:

- Gesetzlich versichert
- Freiwillig versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

Grund meines Zahnarztbesuchs:

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten
- Fehlende Zähne
- Probleme mit Zahnersatz
- Neuer Zahnersatz
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen
- Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne

Ich wünsche Beratung zu:

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Zahnfleischbehandlung
- Zahnersatz
- Implantate
- Amalgam - Entfernung
- Verschönerung meiner Zähne
- Aufhellung der Zähne (Bleaching)

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

- Empfehlung durch:
- Internet
- Gelbe Seiten
- Zeitung
- Sonstiges:

Dr. Meike Knott – Ihre Zahnärztin im Zehenthof

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Bitte füllen Sie nun die nachfolgenden Fragen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand aus:

Erkrankungen:

- Herz-Kreislaufkrankungen
- Wenn ja, welche ?
- Endokarditis Herz-Schrittmacher
- Herzinfarkt Schlaganfall

- Störungen der Blutgerinnung
- Immunerkrankungen (z.B. HIV)
- Wenn ja, welche ?

- Diabetes
- Knochenmarks-Erkrankungen
- Ohnmachtsneigung
- erhöhter Blutdruck
- verminderter Blutdruck
- Atemwegserkrankungen
- Infektionskrankheiten (Hepatitis A,B,C)
- Lebererkrankung
- Magen-Darm-Erkrankung
- Nierenerkrankung
- Osteoporose
- Rheumatoide Arthritis
- Schilddrüsenerkrankung
- Tumorerkrankung
- Wenn ja, welche ?
- Drogenabhängigkeit
- Epilepsie

- Asthma oder Lungenkrankheit
- Nervenerkrankungen
- Depressionen/ Psychosen
- Sonstige:

.....

Nehmen sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja welche ?

Rauchen Sie? ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

ja, wie viel ? nein

Haben Sie Allergien? ja, welche?

..... nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

ja, welcher Monat ? nein

Frühere Operationen: ja, welche?

..... nein

Haben Sie Angst vor der Behandlung?

ja nein

Möchten Sie regelmäßig an Ihre halbjährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden?

per Post

nein

Name Ihres Hausarztes:

.....

Hiermit verpflichte ich mich, für meine nicht eingehaltenen Termine ein Ausfallhonorar von 120 Euro pro Stunde zu bezahlen. Die Bezahlung wird nicht fällig, wenn in der vereinbarten Zeit ein anderer Patient behandelt wird und kein Ausfall entsteht. Der Anspruch ist nach § 615 BGB berechtigt und der Höhe nach vom AG Bonn Az: 24 C 72/1995 bestätigt.

Datum, Unterschrift: