## Anmeldung

### Patientin, Patient

Name, Vorname geboren am Geburtsort

Straße, Nr. PLZ, Wohnort

### Versicherte Person

Name, Vorname geboren am

*Nur ausfüllen, wenn Patient(in)*

*nicht selbst versichert ist, z. B.*

*bei Kindern, Ehepartnern*

Straße, Nr. PLZ, Wohnort

### Telefonisch zu erreichen

O tagsüber

O Handy

O abends

O E-Mail:



Arbeitgeber / Telefon-Nr. Beruf

### versichert bei

Krankenkasse / Versicherungsgesellschaft

Zutreffendes bitte ankreuzen O

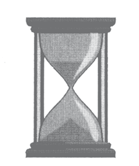
O Ich bin beihilfeberechtigt O Ich bin freiwillig versichert O Ich habe eine

Zusatzversicherung

O Ich habe Anspruch auf einen Bonus (siehe Bonusheft)

Mit der Beantwortung nachstehender Fragen helfen Sie uns, Ihre persönlichen Vorstellun- gen und Wünsche bei Ihrer Zahn-, Mund- oder Kieferbehandlung stets zu berücksichtigen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Wünschen Sie nur eine Behandlung akuter Beschwerden? Soll eine Gesamtbehandlung Ihrer Zähne erfolgen?*  *Besitzen Sie einen Zahnersatz?* | O *Ja*  O *Ja*  O*Ja* | O *Nein*  O*Nein*  O *Nein* |
| *Wenn ja, seit wann? / /* | | |
| *Möchten Sie an unserem kostenlosen Termin-Erinnerungsdienst teilnehmen?* | O*Ja* | O*Nein* |
| *Wünschen Sie eine besondere Beratung über moderne Zahnheilkunde mit gesundheitsfördernden* | O*Ja* | O*Nein* |
| *und ästhetischen Behandlungsmethoden?* |  |  |

Ja, bitte informieren Sie mich über:

O Laserbehandlung O Amalgamentfernung u. Quecksilberentgiftung

O Keramikinlays / Cerec O Zahnfarbene (weiße) Füllungen O Hochwertigen Zahnersatz O Kosmetische Zahnbehandlungen O Implantate O Bleichen natürlicher Zähne

O Professionelle Zahnreinigung O Parodontaltherapie und Knochenaugmentation

***Wir wollen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen für weitere Fragen jederzeit gerne zur Verfügung.***

*Praxis für ästhetische und moderne Zahnheilkunde*

*Dr. med. dent. Regine Dressler · Steigstraße 5 · 76327 Pfinztal Tätigkeitsschwerpunkt: Implantologie zertifiziert*

*Gesundheitsbogen*

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Zur Vermeidung von Unverträglichkeiten und/oder unerwünschten Nebenwirkungen bitten wir Sie, diesen Gesundheitsbogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientin, Patient

Name, Vorname geboren am Geburtsort

Was führte Sie zu uns? O Akute Schmerzen O Halbjahreskontrolle O Empfehlung

O Internet O Gelbe Seiten

Welche der hier genannten Symptome treten oder traten bei Ihnen in der Vergangenheit auf?

*Bitte ankreuzen*

O Zahnfleischbluten O Metallgeschmack im Mund O Mundgeruch

O Kopf- und Nackenschmerzen O Andere:

*Tragen Sie einen Herzschrittmacher* O Ja O Nein

Leiden oder litten Sie an einer der nachfolgend genannten Krankheiten?

*Zutreffendes bitte ankreuzen* O

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Heuschnupfen | O Ja | ONein |
| Asthma, Atemnot  Herz-, Kreislauferkrankungen | O Ja  O Ja | ONein  ONein |
| Hoher / Niederiger Blutdruck  Hepatitis, Lebererkrankungen Zuckerkrankheit  Schilddrüsenerkrankung (Über- / Unterfunktion) Rheuma  Tuberkolose | OJa O Ja  OJa O Ja OJa O Ja w Ja w Ja w Ja | ONein  ONein ONein ONein ONein ONein |
| Blutgerinnungsstörungen | OJa | ONein |
| Creutzfeldt-Jacobkrankheit | OJa | ONein |
| Medikamente gegen Osteoporose(Knochenerkrankung) | OJa | ONein |

Bestehende Allergien? Andere Erkrankungen?

Bestehen Unverträglichkeiten auf Medikamente, Spritzen, Metalle?

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?

Welche? Welche?

Welche?

OJa ONein

In welcher Woche?

OJa ONein

Welche? Wann?

*Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert.* ***Beachten Sie auch,***



***dass Medikamente und Betäubungsspritzen Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen können.***

Datum Unterschrift der Patientin / des Patienten

(Bei Minderjährigen: Unterschrift eines Elternteils)

# Praxis für ästhetische und moderne Zahnheilkunde

*Dr. med. dent. Regine Dressler · Steigstraße 5 · 76327 Pfinztal Tätigkeitsschwerpunkt: Implantologie zertifiziert*