

Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus, da Mund-Kiefer-Gesichtsbehandlungen Auswirkungen auf unterschiedlichste Krankheiten haben können. Vielen Dank!

Name, Vorname: _____ geb. am: _____ Telefon privat: _____
Strasse: _____ PLZ:, Ort: _____ Telefon gesch.: _____
Beruf: _____

Überweisender Arzt: Name, Adresse, Telefon _____

Hausarzt: Name, Adresse, Telefon _____

Name d. Krankenkasse

Ich bin: gesetzlich versichert privat versichert freiwillig versichert _____
familienversichert bei: _____ Name des Mitglieds: _____ geb am: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen abgeschlossen? Ja nein

Was ist der Grund Ihres Besuches ?
(z.B. Schmerzen, Beratung, Röntgen) _____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung Ja Wenn ja, wegen welcher Erkrankung _____ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein Ja Wenn ja, welche ? _____ Nein

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit? _____

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten :

Herzinfarkt ? <input type="checkbox"/>	Schlaganfall ? <input type="checkbox"/>	Lähmung? <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann? _____
zu hoher Blutdruck ? <input type="checkbox"/> Ja			Hepatitis A B C <input type="checkbox"/> Ja
zu niedriger Blutdruck ? <input type="checkbox"/> Ja			HIV - Infektion <input type="checkbox"/> Ja
Asthma (schwere Atemnot) <input type="checkbox"/> Ja			Tuberkulose ? <input type="checkbox"/> Ja
Herzschrittmacher ? <input type="checkbox"/> Ja			Erhöhte Blutungsneigung ? <input type="checkbox"/> Ja
Zuckerkrankheit ? <input type="checkbox"/> Ja			Bluterkrankung ? <input type="checkbox"/> Ja
Magen- Darmerkrankungen ? <input type="checkbox"/> Ja			Blutgerinnungsstörungen ? <input type="checkbox"/> Ja
Lebererkrankung ? <input type="checkbox"/> Ja			Sonstiges ? <input type="checkbox"/> Ja

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger ? | Wenn ja, in welcher Woche ? _____

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Ja? Wenn ja, wo? _____

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch? _____

**Gerne können Sie eine gezielte Beratung zu speziellen Themen erhalten.
Sprechen Sie uns einfach an oder kreuzen Sie Ihr Wunschthema an.**

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankheitsherdsuche | <input type="checkbox"/> ästhetische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Chirurgisches Hautschleifen bei Narben, Akne und großporiger Haut sowie bei vielen Knitterfältchen |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Faltenbehandlung
(Botox, Hyaluronsäurefiller, Tiefenfiller: Radiesse) |
| <input type="checkbox"/> Entfernung von Hautveränderungen (Muttermale) | |

Für neue Patienten:
Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen ? Ja **Wenn ja, von wem ?** _____ Nein

Wir nehmen uns Zeit für Sie! Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um frühzeitige Absage.
Bei Kurzbehandlung 12 Std. und bei einer Langzeitbehandlung 48 Std. vorher. Vielen Dank!

Datum: _____ **Unterschrift:** _____