

## Anmeldung

<b>Patient:</b>		
-----------------	--	--

Name	Vorname	geb. am
------	---------	---------

<b>Anschrift:</b>	
-------------------	--

PLZ / Ort	Straße / Haus-Nr.
-----------	-------------------

<b>Telefon:</b>	
-----------------	--

Privat	geschäftlich/mobil
--------	--------------------

<b>Arbeitgeber des Versicherten:</b>
--------------------------------------

<b>Krankenkasse:</b>
----------------------

Um Sie den medizinischen Erfordernissen und Ihren Wünschen entsprechend umfassend behandeln zu können, bitten wir Sie, uns folgende Fragen zu beantworten. Für Ihre Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung und sind Ihnen auch gern beim Ausfüllen behilflich.

Besonderheiten, die Sie gern nennen möchten: .....

Bisherige Zahnarterfahrungen:                       gut                       mittel                       schlecht

Name, Adresse, Tel. Nr. Ihres Hausarztes: .....

.....

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? .....

	ja	nein
Herz / Kreislauferkrankungen / Infarkt / hoher bzw. niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher / Erkrankungen der Herzkranzgefäße / Herzklappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Krankheiten (Diabetes / Magen-/Darmerkrankungen / andere.....)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (AIDS / Tbc / Hepatitis / andere.....)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (Asthma / Latex / Pollen / andere.....)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen/Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen / blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Medikamenteneinnahme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

	ja	nein
Epileptische Anfälle / Krämpfe / neurologische Störungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma / Gelenkbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger? Welche SW?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an unserer Gesundheitsvorsorge für Schwangere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie über Alternativen zur Amalgamfüllung informiert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interessiert Sie Ihr individuelles Karies-/Parodontitisrisiko?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie in örtlicher Betäubung behandelt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an einer angenehmen Behandlung in Tiefenentspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Eltern von Kindern unter 18 Jahren		
Möchten Sie Informationen über unsere Zahnvorsorgeangebote speziell für Kinder und Jugendliche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Recall:

Gesunde Zähne erfordern regelmäßige individuelle Erhaltungsmaßnahmen. Nach einem mit Ihnen vereinbarten Zeitraum treten wir telefonisch/schriftlich mit Ihnen in Kontakt, um einen neuen Vorsorge-/Prophylaxetermin zu vereinbaren.

Möchte Sie an unserem Recallservice teilnehmen?

### Zum Abschluss:

Wir führen eine Bestellpraxis und sind bemüht Ihre Wartezeiten so gering wie möglich zu halten. Daher unsere **Bitte**, falls Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn rechtzeitig ab. Termine, die nicht rechtzeitig (bis 24 Std. vorher) abgesagt werden, können privat in Rechnung gestellt werden.

Gera, den.....  
Unterschrift