

ANMELDUNG

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen.

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

PLZ/Wohnort: _____ / _____ Straße/Nr.: _____ / _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____ berufl.: _____

E-mail: _____ **Privat:** _____ **Beihilfe:** _____

Versicherung: _____ **Privat/Basistarif:** _____

Zustatzversicherung: _____

Versicherter: _____ geb.: _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? _____

Medizinische Befunderhebung: Bitte zutreffendes ankreuzen

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Kreislauferkrankung |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV pos) | |

Allergien, welche? _____

Medikamente, welche? _____

Medikamenten-Unverträglichkeit: _____

Sonstiges: _____ Letzte Zahnrontgenaufnahme: _____

Ihr Hausarzt: _____ Telefon: _____

Alter des vorhandenen Zahnersatzes ca.: _____ Jahre

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? _____ Monat: _____

Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches? _____

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? _____

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ästhetische Kunststoff-Füllungen | <input type="checkbox"/> zahnfarbene Keramikfüllungen |
| <input type="checkbox"/> Zahnaufhellung (Bleaching) | <input type="checkbox"/> Goldfüllungen |
| <input type="checkbox"/> hochwertigen Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Karies- und Paradontitisvermeidung (Prophylaxe) |
| <input type="checkbox"/> keramische Verblendschalen | |

Ich würde gerne an den nächsten Vorsorge-Termin erinnert werden: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____