

Anmeldeformular

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bitte füllen Sie die nachfolgenden Bögen vollständig aus und kreuzen zutreffendes an. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.



Ihre Patientendaten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

Name der Krankenkasse: _____

Art der Versicherung: gesetzlich privat zusätzlich beihilfeberechtigt

Bitte bei einer **privaten Kasse** angeben: Ich bin über den Standardtarif / Basistarif meiner privaten Versicherung aufgeklärt. ja nein

Beruf _____

Telefon Arbeit _____

E-Mail Adresse _____

Versichertendaten (sofern Sie von den Patientendaten abweichen):

Rechnung an Patienten oder Versicherten

Name des Mitgliedes _____ Geburtstag _____

Anschrift _____

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

War die Zahnbehandlung abgeschlossen? ja nein

Weshalb kommen Sie zur Behandlung? _____

Haben Sie im Moment Zahnschmerzen? ja nein

Haben Sie Löcher in den Zähnen entdeckt? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein

Sind Zähne locker? ja nein

Wünschen Sie einen Ersatz für fehlende Zähne? ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein

Hatten Sie nach Spritzen beim Zahnarzt schon einmal Probleme? ja nein

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Wer ist ihr Hausarzt _____

Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? ja nein

Wenn Ja, in welchen Körperbereich? _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um eine ehrliche Beantwortung nachfolgender Fragen

Haben Sie Allergien? ja nein

Penicillinallergie ja nein

Latexallergie ja nein

Nickelallergie ja nein

Jodallergie ja nein

Andere: _____

Haben oder hatten Sie Erkrankungen des Herzens? ja nein

Welche: _____

Haben oder hatten sie eine Krebserkrankung? ja nein

Welche: _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten?

Infektionskrankheiten

Tuberkulose / Lungenerkrankung ja nein

Hepatitis / Lebererkrankung ja nein

Aids / HIV ja nein

Herpes/ Gürtelrose ja nein

Blutkrankheiten

Bluthochdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Blutkrankheiten / Gerinnungsstörungen ja nein

Traten nach einer Zahnentfernung stärkere Nachblutungen auf? ja nein

Nehmen Sie ASS, Marcumar, Xarelto? ja nein

Schlaganfall ja nein

Innere Organe

Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Osteoporose ja nein

Nehmen oder haben Sie mal Bisphosphonate genommen? ja nein

Asthma / Lungenerkrankungen / Heuschnupfen	ja[]	nein[]
Nervenerkrankungen	ja[]	nein[]
Nasennebenhöhlenerkrankungen	ja[]	nein[]
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	ja[]	nein[]
Rheuma	ja[]	nein[]
Andere Erkrankungen	ja[]	nein[]
Wenn Ja, welche? _____		

Nehmen Sie Medikamente ein? _____

Haben oder hatten Sie Verletzungen im Kiefer- / Gesichtsbereich?	ja[]	nein[]
Leiden Sie an Beschwerden in den Kiefergelenken?	ja[]	nein[]
Wenn ja welcher Art? _____		
Tinnitus / Ohrensausen / Ohrengeräusche	ja[]	nein[]
Probleme mit Rücken / Wirbelsäule / Nacken?	ja[]	nein[]

Rauchen Sie?	ja[]	nein[]
Trinken Sie Alkohol?	ja[]	nein[]
Täglich?	ja[]	nein[]
Gelegentlich?	ja[]	nein[]
Gehören Sie zu den Anonymen Alkoholikern?	ja[]	nein[]

Besteht eine Schwangerschaft?	ja[]	nein[]
Nehmen Sie die Antibabypille?	ja[]	nein[]
Wann wurden Sie letztmalig im Kopfbereich geröntgt?		

Kennen Sie unser Prophylaxe Programm?	ja[]	nein[]
Hatten Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung?	ja[]	nein[]

Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis?

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Bei einer lokalen Betäubung werden die Äste eines dreigeteilten Nervs betäubt und unterschiedliche Bereiche schmerzfrei gemacht. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind die Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. So kann es zu Komplikationen kommen wie Hämatom, Nervenschädigung, Verkehrsuntüchtigkeit, Selbstverletzungen durch Bisswunden, Verbrennungen und Erfrierungen. Es gibt ebenfalls die Möglichkeit einer intraligamentäre Anästhesie für einen Zahn. Diese ist aber schmerzhafter als andere und hat die mögliche Komplikation von Aufbissempfindlichkeit und Schleimhautnekrose. Wünschen Sie eine solche Behandlung, bitten wir sie diese dem Arzt mitzuteilen.

Ich möchte

immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

dies jeweils individuell entscheiden.

Im Falle dass ein Röntgenbild weitergeleitet werden muss, entbinde ich den behandelnden Zahnarzt von der Schweigepflicht.

Da wir eine Bestellpraxis sind und versuchen, für alle die Wartezeit so gering wie möglich zu halten, **bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten.** Bei Nichteinhaltung von Terminen ohne rechtzeitige Absage (mind. 24 Stunden vorher) sind wir berechtigt, Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen.

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand und nach bestem Gewissen gemacht habe.

Ich verpflichte mich, jede Veränderung meiner Angaben unaufgefordert dem Zahnarzt mitzuteilen.

Die Aufklärung habe ich verstanden. Eventuell aufgetretene Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Rheinbach, den _____ Unterschrift _____