

Anmeldung



Liebe Patienten,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, beide Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses.

Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift auf der zweiten Seite.

Danke, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Ihr Zahnarzt Dr. Siuosh Rassaf

Patient

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Geburtsort:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Telefon privat:

Handy:

E-Mail:

Telefon Arbeit:

Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Zum Basistarif privat versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Geburtsort:

Beruf:

Arbeitgeber:

Telefon privat:

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

- Empfehlung durch (bitte Namen nennen):
.....
- Google-Suche
- Instagram
- Facebook
- YouTube
- Jameda
- Sonstige:

Weiter auf Seite 2

Angaben zum Gesundheits-Zustand

Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit **Medikamente** einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
 Nein Ja, und zwar Eliquis Pradaxa
 Xarelto Marcumar Herz-ASS

Nehmen Sie oder haben Sie in den vergangenen zwei Jahren Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose eingenommen?
 Nein Ja

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?
 Nein Ja, und zwar

Haben Sie Allergien?
 Nein Ja, und zwar gegen
.....
.....

Rauchen Sie?
 Nein Ja: Wie viel?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?
 Nein Ja: In welchem Monat?
.....

Sind Sie Angstpatient?
 Nein Ja

Erkrankungen

<input type="radio"/> Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?	<input type="radio"/> Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens	<input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankungen
<input type="radio"/> Herzklappenersatz <input type="radio"/> Endokarditis	<input type="radio"/> Osteoporose	<input type="radio"/> Hepatitis.
<input type="radio"/> Herz-Operationen <input type="radio"/> Herz-Schrittmacher	<input type="radio"/> Tumorerkrankungen	Welche?
<input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Schlaganfall	<input type="radio"/> Frühere Parodontose-Behandlung	<input type="radio"/> Sonstige Erkrankungen:
<input type="radio"/> Störungen der Blutgerinnung	<input type="radio"/> Drogenabhängigkeit
<input type="radio"/> Immunerkrankungen (z.B. HIV)	<input type="radio"/> Asthma/Lungenkrankheit
<input type="radio"/> Wundheilungsstörungen	<input type="radio"/> Nervenerkrankungen
<input type="radio"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> Depressionen/Psychosen
<input type="radio"/> Knochenmarks-Erkrankungen	<input type="radio"/> Lebererkrankungen <input type="radio"/> Nierenerkrankungen
	<input type="radio"/> Epilepsie	

Service für Sie: Termin-Erinnerung (Recall)

Mit unserem Recall-System erinnern wir Sie bzw. Ihr Kind an Ihre regelmäßigen Kontrolltermine in unserer Praxis:

Ich möchte per Post an notwendige Kontrolltermine erinnert werden.

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

.....
Datum / Unterschrift

Hinweis

Die vereinbarten Termine werden explizit für Sie freigehalten. Wir bitten Sie daher, Termine unbedingt wahrzunehmen oder rechtzeitig, mindestens 48 Stunden vorher, abzusagen. Bei Nichterscheinen kann eine pauschale Ausfallgebühr von € 60,- geltend gemacht werden. Bei größeren Terminen kann der tatsächlich entstandene Schaden lt. Heil- und Kostenplan bzw. Einzelrechnung nach der Gebührenordnung (GOZ) geltend gemacht werden.

Im konkreten Fall bleibt es dem Patienten freigestellt, nachzuweisen dass kein oder ein geringerer Schaden als berechnet entstanden ist.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Hinweise auf diesem Anmeldebogen zur Kenntnis genommen haben.

Vielen Dank.

.....
Datum / Unterschrift