

Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Karl Holländer

Münchener Straße 8 • 82131 Gauting • Tel. 0 89 / 81 05 95 95 • info@zahnarzt-dr-hollaender.de

Anmeldeformular

Sehr geehrte Patienten,

herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Karl Holländer.

Bitte füllen Sie das Anmeldeformular vollständig aus und bringen es zu Ihrem ersten Termin mit.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

1. Personalien Patient/in

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse: Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefonnummer privat

Handy

Faxnummer

E-Mail-Adresse

Arbeitgeber

Beruf

Telefonnummer dienstlich

2. (falls abweichend) Hauptversicherter / Rechnungsempfänger

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse: Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

3. Versicherungsstatus

gesetzlich versichert

privat versichert

Krankenkasse _____

Versicherung _____

private Zahn-Zusatzversicherung

und Beihilfe

4. Hausarzt

Name

Straße und Ort

Telefon

5. Röntgen

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? Nein Ja

Wenn ja: bei welchem Arzt wurde die Aufnahme gemacht?

Name und Adresse

6. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

7. Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

8. Allgemeine Anamnese (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Haben Sie eine **Herzerkrankung**?..... Nein Ja

- Herzschwäche Rhythmus Angina Pectoris
- Endokarditis Herzinfarkt (Jahr: _____) Herzschrittmacher
- künstliche Herzklappen Herzfehler Herzpass (bitte Kopie)

Haben Sie eine **Kreislaufferkrankung**?..... Nein Ja

- hoher / niedriger Blutdruck Schlaganfall (Jahr: _____)

Haben Sie eine **Organerkrankung**?..... Nein Ja

- Leber Niere Magen-Darm Lunge (Asthma) Auge (Glaukom)
- Nervensystem/Hirn (z.B. Epilepsie, Krämpfe) Schilddrüse

Haben Sie eine **Stoffwechselerkrankung** oder **Bluterkrankung**?..... Nein Ja

- Zuckerkrankheit (Diabetes) Gerinnungsstörung/Blutungsneigung Blutarmut

Haben Sie eine **Infektionskrankheit**?..... Nein Ja

- Gelbsucht (Hepatitis) AIDS Tuberkulose andere _____

Sonstige (z.B. Suchterkrankung, Drogenabhängigkeit):..... Nein Ja

Haben Sie **Allergien**? (bitte Allergiepass vorzeigen)..... Nein Ja

Nehmen Sie **Medikamente** ein? Welche?..... Nein Ja

Nehmen Sie **gerinnungshemmende Mittel**?..... Nein Ja

(ASS, Marcumar, Plavic, Ticlopidin, Tyclid, etc.) _____

Nehmen Sie **Bisphosphonate** ein (z.B. bei Osteoporose, Tumor)..... Nein Ja

Rauchen Sie? (___ Zigaretten / Tag)..... Nein Ja

Wurde bei Ihnen schon einmal **Krebs** diagnostiziert? Wo? _____ Nein Ja

Für Patientinnen: sind Sie **schwanger**? Welcher Monat? _____ Nein Ja

Besitzen Sie ein **Bonusheft**? (ja: seit _____ bis _____)..... Nein Ja

Wünschen Sie eine **Erinnerung**?

- für die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung..... Nein Ja
- für die professionelle Zahnreinigung..... Nein Ja
- telefonisch _____ Nein Ja
- per E-Mail _____ Nein Ja

Hinweis: Mit Ihnen vereinbarte Termine sind ausschließlich für Sie reserviert. Sagen Sie bitte Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, **mindestens 24 Stunden vorher ab**, damit wir sie anderweitig vergeben können und damit Ihnen keine Kosten für ausgefallene Behandlungszeit entstehen. Vielen Dank.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit obiger Angaben. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Gauting, den

Unterschrift