



ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Ansonsten wird eine Pauschale von 35 € pro halber Stunde Behandlungstermin erhoben. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens **10 Tage** nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/r Patient/in haben Sie die Wahl zwischen der Kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung). Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe, Ihr Nelson Cartagena & Praxis-Team.

PERSÖNLICHES

Name, Vorname		Geburtstag
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail-Adresse
Beruf	Arbeitgeber	Telefon Arbeit

VERSICHERUNG

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversichert

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtstag
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

Persönliche Empfehlung Im Vorbeigehen Überweisung durch Arzt
 Webseite Jameda Sonstiges

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs/Tumor/Karzinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		

Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		

Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		

Infektionskrankheiten

	ja	nein
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Medikamente?

Wenn ja, welche:

Herzmedikamente

Cortison

Schmerzmittel

blutverdünnende Medikamente
(z.B. ASS, Marcumar, Heparin):

Sonstige

ZUM SCHLUSS

	ja	nein
Haben Sie Zahnimplantate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie wie viel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer umseitigen und obigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Ort, Datum

Unterschrift

