

Zahnarztpraxis Dr. Ruth-Sara Strijbos-Rütten

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____

Tel. Privat: _____
Tel. mobil: _____
Beruf: _____
E-Mail Adresse: _____

Krankenkasse: _____
pflichtversichert: ja / nein
zusatzversichert: ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen

Dienstes? ja / nein

Basitarif: ja / nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Zutreffendes ankreuzen)

Wenn ja, wogegen! _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass?	ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis B?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis C?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?	ja / nein
Haben Sie grünen Star?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche ja / nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	im Kiefergelenk?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein	Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"?	ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein	Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	ja / nein
Möchten Sie an Ihre Prophylaxe (Recall) erinnert werden?			ja / nein
Sind Sie ggf. mit einer Röntgenuntersuchung ihres Kindes einverstanden?			ja / nein

Bitte legen Sie vor der ersten Untersuchung Ihren Schmuck im Kopf- und Halsbereich ab.

Bitte beachten Sie, dass Sie in einer Bestellpraxis behandelt werden. Sollten Sie einmal einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, uns dies bis spätestens 24 h vor besagtem Termin mitzuteilen. Ansonsten behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar (in Höhe von 60,- Euro für die Zahnarztbehandlung und von 30,- Euro je 30 min für die Professionelle Zahnreinigung/ PZR) zu berechnen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Die Patienteninformation zum Datenschutz (siehe Aushang) habe ich gelesen und stimme zu.

Ort, Datum

Unterschrift