

Dr. Dr. Wolfgang Schmid

■ ZAHNARZTPRAXIS

■ Sedanstraße 8

■ 92637 Weiden

■ Tel. 0961- 50 22

Anmeldebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen ist daher unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen benötigen wir Ihre Mitarbeit.

Bitte füllen sie diesen Anmeldebogen gewissenhaft aus, da zahnärztliche Behandlungen Auswirkungen auf unterschiedlichste Krankheiten haben können. Vielen Dank !

Patient

Herr/Frau _____
Name / Vorname / geboren

Mitglied /

Versicherter _____
Name / Vorname / geboren

Adresse _____

PLZ Wohnort / Straße Hausnummer

Telefon _____

Privat / beruflich / Handy

Beruf _____

Arbeitgeber _____
Firma / Anschrift

- Versicherung gesetzlich versichert bei _____
 private Zusatzversicherung bei _____
 privatversichert bei _____
 Basis-Tarif
 beihilfeberechtigt
 nicht versichert / Selbstzahler

- Ich komme auf Empfehlung von _____
 nur zur Schmerzbehandlung
 in Vertretung; mein Hauszahnarzt ist _____
 durch Telefonbucheintrag , bin auf Durchreise
 andere Ursache _____

■ Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis:

- Kontrollbesuch Schmerzen Beratung
 anderes Problem _____

■ Ich lehne grundsätzlich eine Füllungsversorgung mit Amalgam ab. Ja / Nein

- Sind Sie z. Zt. in ärztlicher Behandlung ?
 Ja wegen welcher Erkrankung _____ Nein
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
 Ja Welche ? _____ Nein

■ Ich habe oder hatte folgende Erkrankungen :

Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	,	Schlaganfall <input type="checkbox"/>	,	Operationen <input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/>		Wenn ja, wann, was?		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Welche ?		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	Künstliche Prothesen	<input type="checkbox"/>	
Erhöhte Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	(z.B. Herzklappe, Hüfte)		
Asthma	<input type="checkbox"/>	Organtransplantation	<input type="checkbox"/>	
Infektionen ,Tuberkulose, HIV	<input type="checkbox"/>	Welche ?		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Krankheiten	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankung / Hepatitis A B C	<input type="checkbox"/>	Welche ?		
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Tumorkrankheit	<input type="checkbox"/>	
Magen-Darmkrankheit	<input type="checkbox"/>	Welche ?		
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>			

Mein Hausarzt ist _____

- Sind sie schwanger ? Ja Welche Woche? _____
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt
 Ja, Wenn ja, wo? _____
- Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch?
 Ja _____
- Ich habe einen Vormund / Betreuer/ Erziehungsberechtigten: bitte geben
 Sie Name, Adresse ,Tel. an

■ **RECALL-SERVICE** : Ich möchte an Vorsorgetermine erinnert werden :
 Ja Nein

**Einwilligung in die Verarbeitung von personenbezogenen Daten zur Erhebung ,
 Speicherung, Sammlung und Auswertung zur Erfüllung des Behandlungsvertrages. Ich
 habe das Patienten-Informationsblatt hierzu erhalten und gelesen.**

Weiden, den
 Unterschrift des Patienten
 (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

**Wir nehmen uns Zeit für Sie ! Sollten sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir
 um frühzeitige Absage. Wir bitten um Verständnis, dass bei Nichterscheinen oder Absagen
 von mehr als 3 vereinbarten Terminen keine festen Termine mehr vereinbart werden können .
 Vielen Dank !**