



PRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN
Dr. Linda Seitter-Fink

Anmeldebogen für Patienten

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Beruf

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

Email

Name der Krankenkasse/Versicherung

- Ich bin PKV-Standardtarif versichert
 Ich bin beihilfeberechtigt
 Ich habe eine Zusatzversicherung

Hausarzt (Name, Adresse)

Wie oder durch wen wurden Sie auf die Praxis aufmerksam?

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Beruf

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

ja nein

Niedriger Blutdruck

ja nein

Herzklappenerkrankung /-defekt

ja nein

Herzinsuffizienz

ja nein

Angina pectoris / Herzinfarkt

ja nein

Herzschrittmacher

ja nein

Infektionserkrankungen

HIV

ja nein

andere:

Allergien/Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika

ja nein

Schmerzmittel

ja nein

Antibiotika

ja nein

Allergie-Pass vorhanden?

ja nein

andere:

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen

ja nein

Atemwegserkrankungen / Asthma

ja nein

Erhöhter Augendruck / grüner Star

ja nein

Epilepsie

ja nein

Diabetes

ja nein

Nierenfunktionsstörungen

ja nein

Tumorerkrankungen

ja nein

Osteoporose

ja nein

andere:

Bitte Rückseite beachten

Allgemeine Angaben

Raucher ja nein Wenn ja, 0-10 Mehr als 10
Regelmäßige Medikamente ja nein Wenn ja, seit wann / Name:
Pflegestufe ja nein Wenn ja, welche?
Schwangerschaft ja nein Wenn ja, welcher Monat?
Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?
Wünschen Sie eine E-Mail-Terminerinnerung? ja nein

Was führt Sie heute zu uns?

Hoher Blutdruck (Hypertonie) ja nein Niedriger Blutdruck ja nein
Herzklappenerkrankung /-defekt ja nein
Haben Sie Geräusche / Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein
Unzufriedenheit mit bestehendem Zahnersatz bezüglich Ästhetik und Kaufähigkeit? ja nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja nein
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben lang für erstrebenswert? ja nein

Wünschen Sie eine gezielte Beratung?

Professionelle Zahnreinigung ja nein Bleaching / Zahnaufhellung ja nein
Implantate ja nein Amalgamaustausch und Alternativen ja nein
andere:

Aufklärung über Betäubungsmaßnahmen/Anästhesie

Eine zahnärztliche Behandlungsmaßnahme kann unter Lokalanästhesie (örtlicher Betäubung) durchgeführt werden. Die Wirkung dieser Lokalanästhesie lässt i.d.R. spätestens nach einigen Stunden nach. Allerdings kann es aufgrund besonderer anatomischer Gegebenheiten im Unterkiefer zu einer Beeinträchtigung des Nerven kommen (in Form von meist vorübergehender Taubheit, Gefühlsstörungen oder Missempfindungen in der Unterlippe, der Zunge oder des Auges). Diese Komplikationen treten sehr selten auf. Wir sind jedoch rechtlich dazu verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen. Weiterhin müssen wir sie darauf hinweisen, dass im Zusammenhang mit Alkohol oder Medikamenten, wie z.B. Schmerzmitteln die Teilnahme am Straßenverkehr und das Bedienen von Maschinen beeinträchtigt sein können. Ich habe diese Hinweise zur Kenntnis genommen und bin im Falle einer möglicherweise schmerzhaften Behandlung ausdrücklich mit der Durchführung einer entsprechenden Lokalanästhesie einverstanden.

ja nein

Wichtige Informationen

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens **48 Stunden** im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten