

FÜR IHR
SCHÖNSTES
LÄCHELN

Dr. Schlösser · Praxis für Zahnheilkunde · Auf der Worth 5 · 30989 Gehrden

dr.schlösser
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE



Dr. Schlösser Praxis für Zahnheilkunde
Auf der Worth 5, 30989 Gehrden

Dr. med. dent. Anna-Maria Schlösser
Dr. med. dent. Thomas Schlösser

Telefon: 05108 3171, Fax: 05108 6683

E-Mail: info@drs-schloesser.de

Internet: www.drs-schloesser.de

Sprechzeiten: Montag bis Donnerstag: 8:00 bis 12:00 Uhr und 15:00 bis 18:00 Uhr · Freitag: 8:00 bis 12:00 Uhr · und nach Vereinbarung
Für Prophylaxe-Patienten (Frühaufsteher und Berufstätige): Dienstag und Freitag ab 7:00 Uhr · Dienstag und Donnerstag bis 19:00 Uhr

Bankverbindung: Apotheker- und Ärztebank Hannover · IBAN: DE81 3006 0601 0501 9761 25 · BIC: DAAEDEDXXX

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN (Seite 1)

Liebe Patienten, herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Wir bieten Ihnen die komplette Versorgung im Bereich der Zahnmedizin. Bei allen Leistungen steht an erster Stelle ein ausführliches Vorgespräch mit Ihrem Zahnarzt und das Ausfüllen des sogenannten Anamnese-Fragebogens, um alle relevanten Informationen zu Ihrer Krankengeschichte zu bekommen. Allgemeine Erkrankungen können nämlich Auswirkungen auf die Zahngesundheit haben und spezielle Behandlungsrisiken beinhalten. Bitte füllen Sie den 2-seitigen Fragebogen soweit es geht aus und bringen Sie ihn dann zusammen mit Ihrer Krankenversicherungskarte zu Ihrem Termin mit.

PATIENTENDATEN

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Alter:

weiblich männlich

Wohnadresse:

Festnetztelefon:

Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse:

Gelernter Beruf:

Aktuelle Tätigkeit:

Hausarzt (Name, Adresse):

Ich bin privat versichert

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN (Seite 2)

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein
Herzinfarkt Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein
Herzklappenerkrankung Ja Nein
Herzerkrankung Ja Nein
Herzoperation Ja Nein
Schlaganfall Ja Nein

Infektions-Erkrankungen

HIV Ja Nein Hepatitis Ja Nein Tuberkulose Ja Nein

Andere:

Allergien

Schmerzmittel Ja Nein Antibiotika Ja Nein

Andere Allergien oder Unverträglichkeiten:

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen (Anämie) Ja Nein Asthma / Lungenerkrankung Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein Rheuma Ja Nein
Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein Zuckerkrankheit / Diabetes Ja Nein
Nierenfunktionsstörung Ja Nein Magen-Darm-Erkrankung Ja Nein

Andere Erkrankungen:

Ich nehme zurzeit folgende Medikamente ein:

Zahn-Mund-Erkrankungen

Zahnfleischentzündung Ja Nein Schmerzen am Kopf/Nacken Ja Nein
Geräusche im Kiefergelenk Ja Nein Schmerzen beim Gähnen/Kauen Ja Nein

Haben Sie Interesse an einer Individual-Prophylaxe-Behandlung, um Ihre Zähne

dauerhaft zu erhalten? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Ich erkläre mich einverstanden, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls können mir daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Änderungen während des Behandlungszeitraumes werde ich der Praxis unaufgefordert mitteilen. Ich stimme zu, dass die Angaben meinen Behandlern zugänglich gemacht werden. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich unterschreibe als Erziehungsberechtigter