

Anmeldeformular

Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis **Stela Xhelili**

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und DSGVO!

Nachname: Vorname:

Geb. Datum: Beruf:

Straße: Telefon:

PLZ, Ort: E-Mail:

Krankenkasse / Versicherung

gesetzlich bei: Privat Wenn ja, Basistarif ja nein

Zusatzversicherung ja nein Wenn ja, welche:

Bei Familienversicherung oder rechtlicher Betreuung

Nachname: Vorname:

Geb. Datum: Telefon:

Adresse:

Allgemeine medizinische Angaben

	ja/nein		ja/nein		ja/nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Blutarmut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hämophilie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Nein Ja

Wenn ja, welche:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

Wenn ja, welche:

Sind Sie schwanger? Nein Ja Wenn ja, welcher Monat:

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wieviel pro Tag:

Nehmen Sie Medikamente? Nein Ja Wenn ja, welche:

.....

.....

Nehmen Sie Drogen? Nein Ja Wenn ja, welche:

Bitte wenden! 

Sonstige wichtige Informationen

Warum suchen Sie uns auf?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnfleischprobleme |
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> Mundgeruch |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Beratung |
| <input type="checkbox"/> Parodontitis | <input type="checkbox"/> zweite Meinung |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme | <input type="checkbox"/> sonstiges: |

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung?

Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? Ja Nein

Benutzen Sie Zahnseide? Ja Nein Wenn ja, wie oft?

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung Homepage Google Jameda
 sonstiges:

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Sie können Ihr Einverständnis zur Datennutzung jederzeit widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient