



Martin Sztraka und Maria Schletter 0421-66 66 17
mail :info@zahnarztpraxis-lindenstrasse.de

Anmelde- und Gesundheitsbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen, anzukreuzen und **einmal** zu unterschreiben.

Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. In Ihrem Interesse bitte ich Sie, auch in Zukunft gesundheitliche Veränderungen oder die Einnahme von neuen Medikamenten spontan zu melden. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Patient: Name, Vorname : _____ geb.: _____
 bei Familienangehörigen versichert durch : _____ geb.: _____
 PLZ / Ort : _____ Strasse : _____ ☎ privat _____
 Beruf : _____ ☎ dienstl. _____
 Hausarzt : _____ Anschrift : _____

	Ja	nein	
Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad (1-5) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie ? _____
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen?
Erkrankungen :			_____
Herz _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kreislauf _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ?
Haben Sie zu hohen Blutdruck__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschrittmacher _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen Darm Trakt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann wurden Sie zum letzten mal im
Leber _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kieferbereich geröntgt, wenn ja wo ?
Nieren _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Für Patientinnen :
Epileptische Anfälle _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Schwangerschaft ?
Allergien (Penicillin usw.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> fraglich <input type="checkbox"/>
Blutungsneigung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seelische Erkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionskrankheiten:			
HIV _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte beachten Sie auch die Rückseite

wichtige Hinweise

Bestellpraxis :

Unsere Praxis ist nach einem Bestellsystem organisiert. Das bedeutet, dass im Regelfall die Wartezeiten verringert werden, da das Praxisteam in der für Sie reservierten Zeit vollauf und in Ruhe zur Verfügung steht. Das bedeutet aber auch, dass wir Sie bitten ihren Termin spätestens eine Tag vorher abzusagen, falls Sie ihn nicht einhalten können. Sollte das nicht der Fall sein, werden wir Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von 80€ in Rechnung stellen.

Krankenversichertenkarte :

Die Krankenversichertenkarte ist ein Behandlungsausweis und muss vor der Behandlung vorliegen. Liegt Ihre gültige Krankenversichertenkarte bei Behandlungsbeginn nicht vor, verpflichten Sie sich diese innerhalb von 10 Tagen nach zu reichen. Sollte 10 Tage nach Behandlungsbeginn Ihre Krankenversichertenkarte nicht vorliegen, werden wir Ihnen für Ihre Behandlung eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ausstellen.

Datenschutz :

Ihre Daten werden in einer praxiseigenen EDV-Anlage gespeichert. Ihre Behandlungsdaten werden der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen zu Prüfungszwecken zur Verfügung gestellt.

Wir lassen unsere Rechnungen von der Hanseatisch Zahnärztlichen Abrechnungs- und Service- Gesellschaft mbH (HZA) bearbeiten und sind verpflichtet vor Behandlungsbeginn Ihre Einwilligung einzuholen. Bitte beachten Sie hierzu die Einverständniserklärung der HZA.

Möchten Sie über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert werden ?

Ja

Nein

Wenn Sie uns Ihre E-mail Adresse geben, informieren wir Sie von Zeit zu Zeit über Themen der Zahnheilkunde. Meine E-mail Anschrift lautet : _____

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Bitte einmal unterschreiben.

Bremen, den _____

Unterschrift
(bei Minderjährigen gesetzliche
Vertreter)