

Anmeldebogen für die Zahnarztpraxis Jost Jahn, Smäswai 4, 25946 Nebel

Herzlich willkommen in meiner Zahnarztpraxis!

Bitte füllen Sie den Fragebogen komplett – soweit die Fragen auf Sie zutreffen – aus. Damit erleichtern Sie mir die administrativen Aufgaben und vereinfachen die medizinische Behandlung Ihrer Person.

Zunächst die formalen Daten. Meist sind Patient und Versicherter identisch. Allerdings sind manche Ehepartner und immer die Kinder in der gesetzlichen Krankenversicherung über das eigentliche Mitglied versichert.

Patient: _____ geb. am: _____
(Nachname, Vorname, ggf. Titel)

Mitglied: _____ geb. am: _____
(Nachname, Vorname, ggf. Titel)

Anschrift: _____
(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl) (Ort)

Beruf: _____
(Zur Beurteilung bei evtl. Krankschreibungen und Verhaltensrichtlinien nach der Behandlung)

Krankenkasse: _____
(Name, bei gesetzlichen Kassen bitte das Bundesland zusätzlich nennen)

Telefon: _____
(Festnetz) (Mobil)

E-Mail: _____
(falls vorhanden)

Bisherige Zahnarztpraxen: _____
(Letzte 5 Jahre, bitte den Namen und den Ort, genaue Anschrift ermitteln wir gerne im Internet)

Derzeitiger Hausarzt: _____
(Name und Ort, genaue Anschrift ermitteln wir gerne im Internet)

Bei den folgenden medizinischen Fragen machen Sie nur ein Kreuz dahinter, wenn es auf Sie **zutrifft**. Textfelder füllen Sie bitte aus. Bei Platzmangel oder weiteren Informationen weichen Sie bitte auf die Rückseite aus:

Wurden Sie beim Zahnarzt in den letzten zwei Jahren geröntgt (ca. Jahr): _____

Sind Sie schwanger (wenn ja, bitte Geburtstermin oder Schwangerschaftswoche): _____

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Hepatitis (Gelbsucht)

Herzprobleme

Kreislaufprobleme

Ohnmachtsneigung

Epilepsie

Blutungsneigung

Lebererkrankungen

Asthma

Nierenerkrankungen

Diabetes (Zucker)

Rheuma

Schilddrüsenkrankungen

HIV (Aids)

Depression

Durchblutungsstörungen

Nikotinsucht

Alkoholsucht

Rauschmittel

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (auch frei verkäufliche)?

Bekannte Allergien: _____

Ich möchte an einem möglichen Erinnerungsservice der Praxis teilnehmen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angegebenen Informationen. Ich bin weiter damit einverstanden, daß meine Daten in dieser Zahnarztpraxis maschinell verarbeitet und gespeichert werden, selbstverständlich unter Beachtung der Schweigepflicht. Andernfalls kann leider keine Behandlung erfolgen.

(Datum)

(Unterschrift)