



Rodenhauer

Herzlich Willkommen

Wir bitten Sie, diesen Anmeldebogen für unsere Kartei auszufüllen.
Die Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.
Bitte teilen Sie uns auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes
und Ihrer Adresse mit.

Vorname: _____ Adresse: _____
Nachname: _____
Geburtsdatum: _____
Telefonnummer: _____
Handynummer: _____
E-Mail: _____

Name der Krankenkasse _____

Minderjährige: (bitte Versicherten angeben) _____

Für Privatversicherte: Basistarif? Ja Nein

Zusatzversicherung: Ja Nein

Wenn ja seit wann? _____ Wo? _____

Möchten Sie alle 6 Monate an Ihre Kontrolluntersuchungen erinnert werden?

Ja Nein

Wenn ja: per Telefon per Postkarte per E-Mail

Sie als Patient sind uns wichtig

Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen Ja Nein

Sind Sie sehr schmerzempfindlich Ja Nein

Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch Ja Nein

Haben Sie Probleme mit den Zähnen Ja Nein

Gesundheitliche Fragen (bitte ergänzen Sie Krankheit und die Medikamente)

Herzerkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Blutverdünner	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Niedriger Blutdruck	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Hoher Blutdruck	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Rheuma/Osteoporose	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
AIDS/Hepatitis/HIV	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Diabetes	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenerkr.	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Epilepsie:	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Lungenerkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Magen-,Darm-,Leber-, Nierenerkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____

Drogen-alkoholabhängig Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Haben Sie Allergien ? Ja Nein
welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente Ja Nein
welche? _____

(Frauen) besteht eine Schwangerschaft Ja Nein

Terminhinweis

Wir möchten Sie zudem darauf hinweisen, dass wir nach einem Bestellsystem arbeiten. Deshalb bitten wir Sie Termine, wenn möglich, 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir anderen Patienten die Möglichkeit geben können, diese Termine wahrzunehmen. Sollte dies nicht der Fall sein, müssen wir Ihnen die reservierte Zeit privat in Rechnung stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift