***Anmeldeformular***

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen; bei evtl. Fragen helfen wir gerne weiter.

Sämtliche Unterlagen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir Sie, uns umgehend mitzuteilen

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wohnort/PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Straße/ Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Berufl.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ freiwilliges Mitglied ( ) Familienmitglied ( )

 Pflichtmitglied ( ) Beihilfeberechtigt ( )

 Zusatzversicherung ( ) Basis/ Standardtarif ( )

Hauptversicherter:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Achtung! Die Versichertenkarte bei gesetzlich versicherten Patienten muss innerhalb von 10 Tagen vorliegen, da sonst eine Privatliquidation erstellt werden müsste.**

Möchten Sie an unserem Recall teilnehmen? Ja ( ) nein ( ) wenn ja, bitte Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gesundheitsfragebogen:**

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten? (x=ja, /=nein)

( ) Herzerkrankung ( ) Kreislauferkrankung

( ) Herzschrittmacher ( ) Blutgerinnungsstörung

( ) Immunschwäche (HIV+) ( ) Diabetes (Zuckerkrankheit)

( ) Rheuma ( ) Asthma

( ) Hepatitis A/ B/C ( ) Schwangerschaft \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Woche/Monat)

( ) Epilepsie

( ) Allergien, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Nehmen Sie regelm. Medikamente ein, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja Nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Sind Sie Angstpatient?

( ) Tragen Sie Zahnersatz?

( ) Haben Sie Zahnfleischprobleme?

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit.

**Achtung! Betäubungsspritzen können Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen!**

**Organisationshinweis:** Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Arbeitsablauf zu erreichen, reservieren wir Termine für Sie. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, nach GOZ berechnen müssen.

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**