

Anmeldebogen

NAME _____ VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

ANSCHRIFT _____

EMAIL _____ MOBIL _____

TELEFON ARBEIT _____ TELEFON PRIVAT _____

NAME DES HAUPTVERSICHERTEN _____ KRANKENKASSE _____

HAUSARZT _____ VORHERIGER ZAHNARZT _____

BERUF _____ ARBEITGEBER _____

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient!

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Bitte ankreuzen/einkreisen!

Zuckerkrankheit (Diabetes) _____ Herz-Kreislaufkrankungen, Schrittmacher _____

Endokarditis _____ Antibiotikaprophylaxe _____

Schlaganfall _____ Blutgerinnungsstörungen _____

Tumorerkrankungen? Bestrahlung, Chemotherapie _____ Rheuma, Osteoporose _____

Lungenerkrankung? Asthma _____ Blutkrankheiten _____

Magen-Darm Erkrankung _____ Lebererkrankung Gelbsucht _____

Schilddrüsenerkrankung? _____ Nierenerkrankung _____

Anfallsleiden? _____ Glaukom _____


Psychosomatische Erkrankung _____ Gelenkersatz wann? _____


Infektionskrankheit (TBC, AIDS, CJK, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, MRSA, ORSA etc.) _____

SONSTIGE? _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? MEDIPLAN? _____

Wurden Sie jemals oder werden Sie behandelt mit **Denosumab, Prolia, Xgeva**?

 **Bisphosphonaten** z.B. Actonel, Alendronat, Aredia, Bondronat, Bonafos, Clodron Didronel, Diphos, Fosamax, Ostac, Pamidro-Cell, Pamifos, Ribodronat, Skelid, Zometa
ja nein _____

 **Blutverdünner** z.B. ASS, Marcumar, Plavix, Iscover, Clogombix (Clopidogrel), Pradaxa (Dabigatran), Xarelto (Rivaroxaban), Eliquis (Apixaban) ja nein _____

Haben Sie Allergien /Unverträglichkeiten? Wogegen? _____

Komplikationen bei Zahnarzt, Anästhesie, nach Operationen? _____

Wurden Sie im Kopf-Kieferbereich geröntgt? Wann zuletzt? _____

Besteht z.Zt. eine Schwangerschaft? _____ =====>>>

Letzter Zahnarztbesuch? _____ Bei Wem? _____

Rauchen Sie? _____ Wieviele Zigaretten am Tag? _____

Pressen oder Knirschen Sie mit Ihren Zähnen? _____

Wir nehmen Datenschutz ernst und behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Vorschriften. Unsere Datenschutzerklärung ist in ausgedruckter Form in der Praxis ausgelegt. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie: Kopie erhalten Kopie verzichtet.

Ich bestätige meine Angaben in Richtig- und Vollständigkeit und habe die Informationen verstanden und bin damit einverstanden.

LAUBACH DATUM _____ 2025 UNTERSCHRIFT _____

2026

2027

2028

Wichtiger Hinweis

Sollten Sie Ihren vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen bis 24 Stunden vorher abzusagen! Wir berechnen je nach geplanter Behandlung 50% des Ausfalls, bei Absagen unter 24 Stunden, bei Nichterscheinen oder Verspätung erlauben wir uns 80% in Rechnung zu stellen.

Wir bitten um Ihr Verständnis!

Mit lokaler Betäubung oder nach Medikamenteneinnahme sind Sie **nicht** verkehrstauglich!

Dürfen wir Sie zu Vorsorge oder PZR Terminen telefonisch erinnern?

PRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN MARIE-LUISE HAMBURGER

Schutzbacherweg 18; 35321 Laubach; www.zahnarztpraxishamburger-in-laubach.de