

Anmeldung



Dr. med. dent. Regine Dressler

Patientin, Patient

Name, Vorname geboren am Geburtsort

Straße, Nr. PLZ, Wohnort

Versicherte Person

Name, Vorname geboren am

*Nur ausfüllen, wenn Patient(in)
nicht selbst versichert ist, z. B.
bei Kindern, Ehepartnern*

Straße, Nr. PLZ, Wohnort

Telefonisch
zu erreichen

O tagsüber _____ O abends _____

O Handy _____ O E-Mail: _____

Arbeitgeber/Telefon-Nr. Beruf

versichert bei

Krankenkasse / Versicherungsgesellschaft

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Ich bin beihilfeberechtigt Ich bin freiwillig versichert Ich bin Zusatzversichert

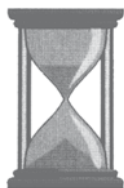
Mit der Beantwortung nachstehender Fragen helfen Sie uns, Ihre persönlichen Vorstellungen und Wünsche bei Ihrer Zahn-, Mund- oder Kieferbehandlung stets zu berücksichtigen.

Wünschen Sie nur eine Behandlung akuter Beschwerden? Ja Nein

Soll eine Gesamtbehandlung Ihrer Zähne erfolgen? Ja Nein

Besitzen Sie einen Zahnersatz? Ja Nein

Wenn ja, seit wann? ___/___/___



Möchten Sie an unserem kostenlosen Termin-Erinnerungsdienst teilnehmen? Ja Nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über moderne Zahnheilkunde mit gesundheitsfördernden und ästhetischen Behandlungsmethoden? Ja Nein

Ja, bitte informieren Sie mich über:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Laserbehandlung | <input type="radio"/> Amalgamentfernung u. Quecksilberentgiftung |
| <input type="radio"/> Keramikinlays / Cerec | <input type="radio"/> Zahnfarbene (weiße) Füllungen |
| <input type="radio"/> Hochwertigen Zahnersatz | <input type="radio"/> Kosmetische Zahnbehandlungen |
| <input type="radio"/> Implantate | <input type="radio"/> Bleichen natürlicher Zähne |
| <input type="radio"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="radio"/> Parodontaltherapie und Knochenaugmentation |

Wir wollen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen für weitere Fragen jederzeit gerne zur Verfügung.



Gesundheitsbogen

Dr. med. dent. Regine Dressler

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Zur Vermeidung von Unverträglichkeiten und/oder unerwünschten Nebenwirkungen bitten wir Sie, diesen Gesundheitsbogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientin, Patient

Name, Vorname

geboren am

Geburtsort

Was führte Sie zu uns? Akute Schmerzen Halbjahreskontrolle Empfehlung
 Internet Gelbe Seiten

Welche der hier genannten Symptome treten oder traten bei Ihnen in der Vergangenheit auf?

Bitte ankreuzen

Zahnfleischbluten Metallgeschmack im Mund Mundgeruch
 Kopf- und Nackenschmerzen Andere:
Tragen Sie einen Herzschrittmacher Ja Nein

Leiden oder litten Sie an einer der nachfolgend genannten Krankheiten?

Zutreffendes bitte ankreuzen

MRSA (Krankenhausbakterien)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Asthma, Atemnot	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herz-, Kreislauferkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hoher / Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hepatitis, Lebererkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung (Über- / Unterfunktion)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rheuma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Creutzfeldt-Jacobkrankheit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Medikamente gegen Osteoporose(Knochenerkrankung)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Bestehende Allergien?

Welche? _____

Andere Erkrankungen?

Welche? _____

Bestehen Unverträglichkeiten auf Medikamente, Spritzen, Metalle?

Welche?

Ja

Nein

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

In welcher Woche? _____

Ja

Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Welche?

Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?

Wann?

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert. **Beachten Sie auch, dass Medikamente und Betäubungsspritzen Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen können.**

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

(Bei Minderjährigen: Unterschrift eines Elternteils)