

Geschwister-Scholl-Straße 65 - 14471 Potsdam

Telefon: 0331 201 33 58 - Telefax: 0331 201 33 59



Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse: _____

pflichtversichert: ja / nein

private Zusatzversicherung?: ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen

Dienstes? ja / nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an ja / nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? _____ o / o

Haben Sie einen Allergiepass? o / o

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? _____ o / o

Haben Sie Gerinnungsstörungen? o / o

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? o / o

Sind Sie HIV positiv? o / o

Haben oder hatten Sie Hepatitis? o / o

Haben Sie Diabetes? o / o

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? o / o

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? o / o

Leiden Sie unter Migräne? o / o

Haben Sie grünen Star? o / o

Haben Sie eine andere Erkrankung? _____ o / o

Haben Sie Asthma? o / o

Sind Sie schwanger, wann ist der voraussichtliche Geburtstermin? _____ o / o

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

ja / nein

Haben Sie Zahnschmerzen? o / o

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? o / o

Blutet Ihr Zahnfleisch? o / o

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? o / o

Sind Ihre Zähne gelockert? o / o

Wann fand die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung statt? _____

Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? o / o

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? o / o

Haben Sie bereits an einem Prophylaxeprogramm teilgenommen? o / o

Möchten Sie an einer Prophylaxe teilnehmen? o / o

Möchten Sie am Recall für Untersuchungs- und zur Prophylaxetermine teilnehmen? o / o

Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert? o / o

Was erwarten Sie von Ihrem Besuch bei uns? Zu welchem Thema wünschen Sie eine Beratung?

Was möchten Sie auf gar keinen Fall?

Wir möchten die Behandlung für Sie möglichst angenehm gestalten. Dafür können wir Ihnen Folgendes anbieten (bitte ankreuzen)

beruhigende Musik	<input type="checkbox"/>
Entspannungs - CDs	<input type="checkbox"/>
Hypnose	<input type="checkbox"/>
Vollnarkose	<input type="checkbox"/>

Wir möchten Sie bitten, Termine bis spätestens 24 Stunden vor dem Behandlungstermin abzusagen, da wir andernfalls angehalten sind, Ihnen das anfallende Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Sollten hinsichtlich der Behandlung Mehrkosten in Rechnung gestellt werden, die privat zu tragen sind, verpflichtet sich der Versicherungsnehmer, sofern er nicht selbst Rechnungsempfänger ist, da sich eine dritte Person zur Kostenübernahme bereit erklärt hat, die Rechnung unaufgefordert an den Verpflichteten weiterzuleiten.

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum/Unterschrift