DR. VOLLMER
ZAHNÄRZTE

Anmeldebogen

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Dieser Bogen berücksichtigt die europäischen Datenschutzrichtlinien der DSGVO. * Pflichtfelder.

Patient

Name* _____

Vorname* _____

Geburtsdatum* _____

Straße/Hausnummer* _____

PLZ/Wohnort* _____

Telefon* _____

Mobil* _____

E-Mail-Adresse* _____

Beruf, Arbeitgeber _____

Krankenkasse / -versicherung* ☐ gesetzlich: _____

☐ privat: _____

Zusatzversicherung* _____

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied* (sofern zutreffend)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

_____

Ihr Hauptanliegen:

_____

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Wünschen Sie eine Zahnaufhellung (z.B. Bleaching?)

_____

Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? Wünschen Sie sich eine Korrektur der Zahnstellung z.B. mit Hilfe von durchsichtigen kieferorthopädischen Zahnschienen?

_____

Wichtige Hinweise:

1.Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer örtlichen Betäubung nicht mehr fahrtüchtig sein können.
2.Bitte teilen Sie uns eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes oder einer Schwangerschaft unaufgefordert mit.
3.Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Praxis Dr. Vollmer&Partner nach dem Bestellsystem geführt wird. Alle Termine sind für den jeweiligen Patienten fest reserviert. Bitte sagen Sie deshalb Ihren Termin mindestens 24h vorher ab, wenn Sie diesen nicht wahrnehmen können, anderenfalls kann es bei Terminversäumnis ohne vorherige Absage zur Berechnung einer Ausfallpauschale kommen. Vielen Dank.

☐ * Ja, dies habe ich zur Kenntnis genommen

Gesundheitsfragen und Anamnese*

Haben Sie ein akutes zahnmedizinisches Problem?	Ja ☐ Nein ☐
Sind Sie in zahnärztlicher Behandlung?	Ja ☐ Nein ☐
Name des Zahnarztes: ……	

Nehmen Sie Medikamente? Haben Sie eine Medikamentenliste?	Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐
Medikamente bitte auflisten od. Med.liste vorlegen …… …… ……	
Nehmen Sie Blutverdünner?	Ja ☐ Nein ☐
Nehmen Sie Bisphosphonate?	Ja ☐ Nein ☐

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? *

Allergien, Welche? …… ……	Ja ☐ Nein ☐
Atemwegserkrankungen ……	Ja ☐ Nein ☐
Blutgerinnungsstörungen ……	Ja ☐ Nein ☐
Zuckerkrankheit (Diabetes) Falls ja, welcher Typ?	Ja ☐ Nein ☐ 1 ☐ 2 ☐
Anfallsleiden (Epilepsie)	Ja ☐ Nein ☐
Schilddrüsenerkrankung …….....	Ja ☐ Nein ☐
Lebererkrankung ……	Ja ☐ Nein ☐
Osteoporose ……	Ja ☐ Nein ☐
Augenerkrankung	Ja ☐ Nein ☐
M. Parkinson	Ja ☐ Nein ☐

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Ja ☐ Nein ☐
Bluthochdruck	Ja ☐ Nein ☐
Herzschrittmacher	Ja ☐ Nein ☐
Herzklappenersatz	Ja ☐ Nein ☐
Andere Herz-Kreislauf-Erkrankung? …… ……	Ja ☐ Nein ☐
Haben oder hatten Sie eine Infektionskrankheit?	Ja ☐ Nein ☐
Hepatitis	Ja ☐ Nein ☐
HIV/ AIDS	Ja ☐ Nein ☐
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	Ja ☐ Nein ☐
Andere Infektionskrankheit? …… ……	Ja ☐ Nein ☐
Rheumaerkrankungen ……	Ja ☐ Nein ☐
Tumorerkrankung, wenn ja welche? ……	Ja ☐ Nein ☐

Weitere Fragen (wenn ja, bitte Arzt ansprechen) *

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung? Arzt: ……	Ja ☐ Nein ☐
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat …….	Ja ☐ Nein ☐
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel	Ja ☐ Nein ☐ ……..

Haben Sie Schmerzen an den Kiefergelenken/ Kaumuskeln?	Ja ☐ Nein ☐
Sind einzelne Zähne empfindlich (Heiß, Kalt, Aufbiss-Schmerz)?	Ja ☐ Nein ☐
Können Sie harte Speisen gut kauen?	Ja ☐ Nein ☐
Sind Sie mit der Farbe, Form und Stellung Ihrer Zähne zufrieden?	Ja ☐ Nein ☐

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Angaben wahrheitsgetreu beantwortet habe.
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen meiner zahnärztlichen Behandlung durch meinen Zahnarzt für die Behandlung, Dokumentation und Abrechnung notwendige personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, über mich erhoben, gespeichert und verarbeitet werden und meine Daten nach Beendigung der Behandlung solange aufbewahrt werden, wie es den gesetzlichen Vorschriften entspricht (zehn Jahre). Auch danach werden meine personenbezogenen Daten nur nach Aufforderung gelöscht. Die Einwilligung hierzu ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerruflich, eine weitere Behandlung ist dann nicht mehr möglich.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/in; gesetzlicher Vertreter