

Dr. (IMF Bukarest) Gina Schuller

Praxis für Zahnheilkunde

Bahnhofstr.103 - 82269 Geltendorf - Tel: 08193-6860 - E-mail: info@dr-gina-schuller.de

Name,Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/ Hausnummer _____ PLZ/ Wohnort _____

Tel. Privat: _____ / _____ Am besten zu erreichen um _____ Uhr

Handy: _____ / _____ Tel. Nr. Arbeit: _____ / _____

Beruf: _____ Name Arbeitgeber: _____

Adresse Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Mitversichert bei (Zahlungspflichtiger): _____ Geb. Dat.: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Als Familienangehöriger mitversichert | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied |
| <input type="checkbox"/> Freiwillig gesetzlich krankenversichert | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt (Bund, Land, Stadt, usw.) | <input type="checkbox"/> Privatversichert |
| <input type="checkbox"/> Selbstzahler | |
| <input type="checkbox"/> Besitzen Sie ein Bonusheft? (Wenn ja, bitte an der Anmeldung vorzeigen) | |

- Ich wünsche, von Ihrem Praxisteam einmal jährlich auf die Notwendigkeit eines Zahnarztbesuches durch einen Recall- Brief hingewiesen zu werden.

Letzter Zahnarztbesuch erfolgte vor _____ Monaten/ Jahren.

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen durch: _____

Falls Sie während der Behandlung bei uns zur Schmerzbehandlung eine Injektion erhalten, ist Ihre Fahrtüchtigkeit für mehrere Stunden eingeschränkt. Wir bitten Sie, dies zu beachten.

Termine, die ich NICHT einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da mir sonst die entstandenen Kosten privat in Rechnung gestellt werden können.

Wird der Krankenschein/ die Versichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt eine Private Rechnungslegung.

Datum: ____ . ____ . ____

Unterschrift: _____

!! Bitte Beachten Sie auch die Rückseite !!

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Für die Behandlung beim Zahnarzt können evtl. vorhandene Allgemein- Erkrankungen von Bedeutung sein.
Bitte Beachten Sie deshalb zu Ihrer EIGENEN SICHERHEIT die nachfolgenden Fragen:

Behandelnder Hausarzt: _____ Anschrift: _____

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Allergien:

Besitzen Sie einen Allergiepass?(wenn ja, Bitte vorzeigen)

Unverträglichkeit von Penicillin oder andere? Welche? _____

Asthma

Blut:

Blutungsneigung (Hämophilie)

Blutarmut (Anämie)

Herz:

Herzinsuffizienz

unregelmäßiger Herzschlag

Herzasthma, Angina pectoris

Herzklappenerkrankung

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Kreislauf:

Blutdruck niedrig / normal / hoch ? ggf. Werte: _____

Zustand nach Herzinfarkt, wann? _____

Einnahme von gerinnungshemmender Medikamente

Sind oder waren Sie drogen- / alkoholabhängig? Wenn ja, wann? _____

Infektion:

Hepatitis (A/ B/ C) Wann? _____

Aids / HIV

Tuberkulose

Chron. Erkrankung der Atemwege- Husten ect.

Stoffwechsel:

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Osteoporose

Magen- Darmerkrankungen

Schilddrüsenerkrankung

Vegetativ:

Ohnmachtsanfälle?/ Epilepsie?/ Krämpfe?

Einnahme von Beruhigungsmitteln

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? _____ ggf. wievielte Woche? _____

Wurden Sie in den letzten sechs Monaten im Kieferbereich geröntgt? _____

Was wir sonst noch wissen sollten (z.B. individuelle Wünsche): _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Wir danken für Ihre Angaben! Datum: __. __. __ Unterschrift: _____