



Zahnärztheaus Buchholz
Dr. Caroline Cordesmeyer & Kollegen
E- Mail: info@zahnaerztehaus-buchholz.de
Internet: www.zahnaerztehaus-buchholz.de

Anmeldung

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum/ <u>Geburtsort*</u>
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon
Versicherter: Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon
Beruf	Arbeitgeber	Telefon

*Der Geburtsort wird laut aktueller Röntgenverordnung benötigt!

Krankenkasse / Krankenversicherung: _____

Sind Sie Privat versichert? Ja / Nein Standard Basistarif (zum 1,3-fachen Satz)

Wichtig für Ihre Rechnung:

Haben Sie eine Zusatzversicherung ? Ja / Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja / Nein

Durch wen wurden Sie empfohlen? _____

Wer ist Ihr Hauszahnarzt? _____

Welcher Arzt hat Sie überwiesen? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Haben Sie einen Zahnersatz? Oberkiefer: Ja / Nein wenn ja, wie alt? _____
Unterkiefer: Ja / Nein wenn ja, wie alt? _____

Erklären Sie sich mit unserem Recall-System einverstanden?

Wir würden Sie somit an Ihren halbjährlichen Kontrolltermin erinnern. Ja/ Nein

Hiermit erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten und Ihre Behandlungsunterlagen von allen Ärzten/Zahnärzten des Zahnärztheauses Buchholz zur Kenntnis genommen werden dürfen.

Wir bitten Sie Behandlungstermine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden zuvor abzusagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Datum, Unterschrift /Erziehungsberechtigter

Bitte wenden!



Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit folgenden Fragen wollen wir mögliche Risiken für einen operativen Eingriff erfassen und damit ein Höchstmaß an Sicherheit erreichen.

Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer der folgenden Erkrankungen leiden oder litten?

Bitte zutreffende Erkrankungen unterstreichen!!!!!!

Herzerkrankungen Ja Nein

z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzmuskelentzündungen, Herzrhythmusstörungen, Bypass, Stent, Herzschrittmacher, Herzklappenfehler oder _____

Kreislauf- oder Gefäßkrankheiten Ja Nein

z. B. zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Thrombose, Schwindel oder _____

Lungen- und Atemwegserkrankungen Ja Nein

z. B. chronische Bronchitis, chronischer Husten, Tuberkulose, Asthma oder _____

Erkrankungen des Skelettsystems Ja Nein

z. B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen, Bandscheibenvorfall, Rheuma, Osteoporose

Magen- Darmbeschwerden Ja Nein

z. B. Sodbrennen, Verstopfung, Blähungen oder _____

Nierenerkrankungen Ja Nein

z. B. Nierenentzündung, Nierensteine, Dialyse oder _____

Lebererkrankungen Ja Nein

z. B. Hepatitis A, B oder C, Gelbsucht, oder _____

Stoffwechselerkrankungen Ja Nein

z. B. Zuckerkrankheit/Diabetes, Gicht, Fettstoffwechselstörungen, Kropf, Schilddrüse oder _____

verstärkte Blutungen Ja Nein

z. B. Nach Zahnentfernungen, Blutgerinnungsstörung oder _____

Wurden Sie wegen Gemütsleiden ärztlich behandelt? Ja Nein

z. B. Depression oder _____

Nervenleiden Ja Nein

z. B. Epilepsie oder _____

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, bei wem und weswegen: _____

Nehmen Sie oder nahmen Sie früher Drogen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien und Infektionen Ja Nein

z. B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Pflaster, HIV usw.

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie regelmäßig? ca. Tag Ja Nein

Trinken Sie täglich Alkohol? Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine Bestrahlung oder Chemotherapie durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, weswegen? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Frühere Operationen? Ja Nein

Geben Sie bitte die **wichtigsten** Operationen an _____

Ist eine Pflegestufe vorhanden? Wenn ja welche ? _____ Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____