

Bitte ausfüllen und an der Anmeldung abgeben. Vielen Dank.

Name des Patienten	Vorname des Patienten	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Nummer	PLZ, Ort	Krankenkasse
_____	_____	_____
Telefon (tagsüber und / oder privat)	Beruf	E-Mail
_____	_____	_____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name und Vorname	Geburtsdatum	Beruf des Versicherten
_____	_____	_____
Arbeitgeber	Krankenkasse	
_____	_____	
Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Warum kommen Sie zu uns in die Praxis?

Ich habe akute Schmerzen oder andere Beschwerden

Mein Behandlungswunsch: _____

Wurden wir Ihnen empfohlen? Wenn **Ja**, von wem? _____

Worüber möchten Sie mehr wissen?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Implantate | <input type="radio"/> Kosmetische Zahnkorrektur (Veneers etc. ...) | <input type="radio"/> Parodontose |
| <input type="radio"/> Ästhetischer Zahnersatz (Kronen, Brücken etc. ...) | <input type="radio"/> Zahnaufhellung (Bleaching) | <input type="radio"/> Moderne Wurzelkanalbehandlung |
| <input type="radio"/> Zahnfarbene Füllungen | <input type="radio"/> Prophylaxe | <input type="radio"/> Laserbehandlung |

Nürnberg, den: _____ Unterschrift: _____

GESUNDHEITSFRAGEN

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? Nein Ja
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Nein Ja
Wenn **Ja**, welche:

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja
Vertragen Sie zahnärztliche Spritzen? Nein Ja
Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig? Nein Ja
Rauchen Sie? Nein Ja
Wenn **Ja**, wieviel?

Sind Sie zurzeit in allgemeinärztlicher Behandlung? Nein Ja
Behandelnder (Haus-)Arzt, Name / Adresse / Telefon-Nr.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja
Wenn **Ja**, welche

Besitzen Sie einen Allergiepass? Nein Ja
Gegen welche Materialien / Medikamente besteht bei Ihnen Verdacht auf Allergie / Überempfindlichkeit?

Haben Sie ansteckende Erkrankungen? Nein Ja
Leiden Sie unter Erkrankungen des Blutes? Nein Ja
Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Nein Ja
Hatten Sie eine Herzoperation? Nein Ja
Haben Sie einen Herzfehler? Nein Ja
Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)? Nein Ja
Haben Sie eine Lebererkrankung / Gelbsucht? Nein Ja
Haben Sie Hepatitis A / B / C? Nein Ja
Haben Sie eine Immunschwäche (HIV/AIDS)? Nein Ja
Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen der Atemwege (Asthma)? Nein Ja

Wurden Sie im letzten Jahr geröntgt? Nein Ja
Wenn **Ja**, wann? Was wurde geröntgt? Durch wen?

Leiden Sie unter anderen Erkrankungen / gibt es familiäre Erkrankungen? Nein Ja
Wenn **Ja**, unter welchen?

Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen bezüglich der obigen Angaben mit.

Nürnberg, den: _____ Unterschrift: _____