

Praxis für Zahnheilkunde

Dr. Marc Roderjan

Poppenbütteler Chaussee 37 - 22397 Hamburg
Telefon: 040 22 62 99 27 - Telefax: 040 22 62 99 30

Anmeldebogen mit Anamnese

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
Vorname:	_____	Name: _____
Adresse:	_____	Vorname: _____
	_____	Geburtsdatum: _____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsort: _____
Tel. Privat:	_____	
Tel. Mobil:	_____	
E-Mail:	_____	
Beruf:	_____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? o nein o ja
Arbeitgeber:	_____	
Krankenkasse:	_____	

Allgemeine Gesundheitsfragen

Haben Sie Gerinnungsstörungen? Bluten Sie ungewöhnlich lange?	o nein	o ja
Nehmen Sie Marcumar o.ä. ein? Wenn ja, was? _____	o nein	o ja
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? Wenn ja, welche? _____	o nein	o ja
Hatten Sie einen Herzinfarkt, Schlaganfall? Wenn ja, was u. wann? _____	o nein	o ja
Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?	o nein	o ja
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? ____ Stück	o nein	o ja
Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, Tuberkulose) Welche? _____	o nein	o ja
Nehmen Sie Drogen oder konsumieren Sie regelmäßig viel Alkohol?	o nein	o ja
Haben Sie Epilepsie?	o nein	o ja
Haben Sie grünen Star (Glaukom)?	o nein	o ja
Haben Sie Asthma oder COPD?	o nein	o ja
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Welche? _____	o nein	o ja
Nur Frauen: Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? ____ Woche	o nein	o ja
Bestehen bei Ihnen weitere besondere Risiken, allgemeine Erkrankungen, Infektionen? Wenn ja, welche? _____	o nein	o ja

Spezielle Gesundheitsfragen:

Haben Sie akut Zahnschmerzen?	o nein	o ja
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	o nein	o ja
Blutet Ihr Zahnfleisch?	o nein	o ja
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	o nein	o ja
Sind Ihre Zähne gelockert?	o nein	o ja
Sind Ihre Zähne verfärbt?	o nein	o ja
Fand im Kopfbereich in den letzten 2 Jahren eine Röntgenuntersuchung statt?	o nein	o ja
Wenn ja, bei wem? _____		
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, welche? _____	o nein	o ja
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____		

Wir bieten einen Erinnerungsservice für die Kontrolluntersuchung an. Möchten Sie diesen Service kostenfrei nutzen? Es erfolgt eine einmalige Erinnerung per Email nach ca. 6 Monaten.

Recall per E-Mail kein Recall gewünscht

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Wir bitten Sie, uns über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Hamburg, den _____

Unterschrift