

Anmelde- und Erhebungsbogen

	Patient	Versicherter
Name		
Vorname		
Straße		
PLZ / Ort		
Geburtsdatum		
E-Mail		
Telefon		
Krankenkasse		
Beruf		

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

Name des Hausarztes:	
Anschrift des Arztes:	

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein	Wenn ja, ergänzende Angaben eintragen
Allergie, Medikamentenunverträglichkeit	☐	☐	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein, z.B. ASS	☐	☐	
Gerinnungsstörungen	☐	☐	
Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐	
Atemwegserkrankungen	☐	☐	
Diabetes (Typ?)	☐	☐	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐	☐	
Hoher Blutdruck	☐	☐	
Niedriger Blutdruck	☐	☐	
Infektionskrankheiten	☐	☐	
Gelbsucht (Hepatitis B, C)	☐	☐	
Immunschwäche (z.B. AIDS)	☐	☐	
Tuberkulose	☐	☐	

Weiter auf nächster Seite

Lebererkrankungen	☐	☐	
Magen-Darm-Erkrankungen	☐	☐	
Nierenerkrankungen	☐	☐	
Osteoporose	☐	☐	
Krebserkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)	☐	☐	
Besteht eine Schwangerschaft	☐	☐	
Nehmen Sie Medikamente	☐	☐	
Sonstige Krankheiten	☐	☐	

Pflegegrad ☐ nein ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wie möchten Sie von uns an Ihren nächsten Kontroll-/Prophylaxetermin erinnert werden?

☐ per E-Mail ☐ per Post ☐ gar nicht

Ich habe eine private Zahnzusatzversicherung ☐

Ich habe ein Bonusheft ☐

Ich wünsche eine Beratung über:

Prophylaxe ☐

Halitosis (Mundgeruch) ☐

Bleaching ☐

Ganzheitliche Untersuchung ☐

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt.

Absageregulation: Sie können individuell vereinbarte Termine bis zu 24 Stunden vor dem vereinbarten Zeitpunkt kostenfrei absagen. Verspätet abgesagte oder versäumte Termine müssen mit einer Ausfallgebühr in Höhe von 50,00€ / 30min. privat beglichen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

(Füllen Sie den Bogen aus, senden ihn per E-Mail an praxis@zahnarzt-schels.de und unterschreiben Sie in später in unserer Praxis.)