



ANMELDUNG UND FRAGEBOGEN „KÖRPER UND ZÄHNE“

Patient:

Name _____ Vorname _____
Anschrift _____ Geburtsdatum _____
PLZ, Ort _____ Telefon _____
Mobil _____ email _____

Hauptversicherte/r: (bei Kindern Erziehungsberechtigter)

Name _____ Vorname _____
Anschrift _____ Geburtsdatum _____
PLZ, Ort _____ Telefon _____
Mobil _____ email _____

Krankenkasse/ Versicherung: _____

Beruf des Patienten (für Arbeitsunfähigkeit): _____

Hausarzt: _____

Haben Sie ein Bonusheft Ja oder einen Röntgenpaß? Ja

Sind Sie an unserem Prophylaxeprogramm interessiert? Ja Nein

Sind Sie an Materialverträglichkeitstests vor Behandlungsbeginn interessiert? Ja Nein

Für eine optimale ganzheitliche Behandlung in unserem Zentrum für Körper und Zähne bitte wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen diese Informationen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

Hatten/ haben Sie eine der folgenden Krankheiten:

Bluterkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Blutgerinnungsstörungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Anfallsleiden(Epilepsie):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
HIV- Infektion:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schilddrüsenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hepatitis A/B/C (Gelbsucht):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
TBC:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Osteoporose:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Krebs/ Tumor:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nehmen/nahmen Sie Bisphosphonate:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, Welche? _____
(z.B. Marcumar, ASS- Aspirin oder andere)

Haben Sie Allergien und/oder Unverträglichkeiten von Medikamenten/ Materialien? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Rauchen Sie? Nein Ja Wieviel: _____

Frauen im gebärfähigem Alter: Besteht eine Schwangerschaft? Ja, seit: _____ Nein

Allgemeine Fragen zum Gesundheitszustand:

Haben/hatten Sie eine Unfallverletzung im

- Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- der Extremitäten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Haben/hatten Sie eine Kieferorthopädische Behandlung? Ja Nein

Haben Sie Schmerzen im

- Kiefergelenk (knacken, knirschen, Probleme Mundöffnung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Kopfbereich (Migräne, Spannungskopfschmerz)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Extremitäten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie Schwindel, Sehstörungen, Tinnitus? _____

Haben Sie chronische Infekte? _____

Bestehen Magen, -Darmproblematiken? _____

Bestehen Urogenitale Beschwerden? _____

Wie schlafen Sie? _____

Wie ist Ihr Allgemeinzustand? _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Ich erkläre mich einverstanden, daß alle in dieser Praxisgemeinschaft tätigen Behandler bei medizinischer Notwendigkeit Einsicht in meine Karteikarte nehmen dürfen.

Bitte beachten Sie, daß diese Praxis nach dem Bestellsystem geführt wird. Dadurch genießen Sie stets geringe oder keine Wartezeiten. In Ausnahmefällen kann es bei unvorhersehbaren Behandlungsmaßnahmen zu einer Verzögerung kommen. Wir bitten Sie um Verständnis.

Sollten Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, so bitten wir Sie diesen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Die dadurch entstehenden Kosten können Ihnen ansonsten in Rechnung gestellt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten zu.

Datum

Unterschrift