

Zahnarztpraxis Dr. Heiko Jakob

Hohenlohe-Allee 1

74629 Pfedelbach

Zur Anmeldung bitten wir Sie um folgende persönliche Angaben:

Patient: _____
Name Vorname Geb. Datum Geb. Ort

Mitglied: _____
Name Vorname Geb. Datum

Anschrift: _____
Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Tel. Privat: _____ Handy: _____

Tel. Arbeit: _____ E-Mail: _____

Versicherung: _____, gesetzlich, privat, beihilfeberechtigt

Möchten Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden, die ggf. nicht zum Leistungsumfang Ihrer Krankenversicherung zählen? ja nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Möchten Sie zur Terminvereinbarung für eine erforderliche Kontrolluntersuchung angeschrieben werden? ja nein, wenn ja: ½ jährlich jährlich
wenn ja, per mail per Brief

Hausarzt: _____
Name Ort

Sind Sie bei einem Facharzt in Behandlung?

Ja, Name: _____ Nein

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!
Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt!

Herz-/Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck (hoch/ niedrig) ja nein
Herzklappenfehler oder -ersatz ja nein
Herzschrittmacher/ Defibrillator ja nein
(durchgemachte) Endokarditis ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Ohnmachtsanfälle ja nein

Sonstige Krankheitsbilder

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
Asthma/ Lungenerkrankung ja nein
Diabetes/ Zuckerkrankheit ja nein
Drogenabhängigkeit ja nein
Nierenerkrankung ja nein
Osteoporose ja nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig oder zur Zeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein Wenn ja, seit wann? _____

Zahnarztpraxis Dr. Heiko Jakob

Hohenlohe-Allee 1

74629 Pfedelbach

Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis, Tbc, Creutzfeld-Jakob, MRSA, oder andere):

Ja, _____ Nein

Allergien/ Unverträglichkeiten (Antibiotika, Lokalanästhetika/Spritzen, Schmerzmittel, Metalle):

Ja, _____, Allergiepass? Nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja, Monat: ____ nein

Stillen Sie? ja nein

Sind bei Ihnen **zahnärztliche Röntgenaufnahmen** gemacht worden? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen der Angaben, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Pfedelbach, den _____ Unterschrift _____