



### Anmeldung, Fragen zur Gesundheit

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

EUROPEAN DENTAL ASSOCIATION EDA



Patient	Name	Vorname	geb.
Mitglied	Name	Vorname	geb.
Anschrift	Straße		Nr.
	PLZ	Ort	Tel.
	Handy	e-mail	Fax
Beruf	Beruf	Arbeitgeber	Tel.
Arbeitgeber	Anschrift des Arbeitgebers		
Gesetzliche Krankenkasse	Welche?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert
	Zusatzversicherung	Welche?	
Private Versicherung	Welche?	<input type="checkbox"/> vollversichert	<input type="checkbox"/> Basistarif
Beihilfe		ja	nein

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen: (Wenn ja, bitte genauere Angaben)		
Allergien	ja	nein
Atemwegserkrankungen	ja	nein
Blutgerinnungsstörung	ja	nein
Zuckerkrankheit (Diabetes) / Wenn ja, welcher Typ?	ja	nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	ja	nein
M. Parkinson	ja	nein
Augenerkrankung (z.B. erhöhter Augendruck, grüner Star, ...)	ja	nein
Schilddrüsenerkrankung	ja	nein
Lebererkrankung (Gelbsucht)	ja	nein
Osteoporose	ja	nein
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b>	ja	nein
Angina-pectoris, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Herzklappenerkrankung	ja	nein
erhöhter Blutdruck, verminderter Blutdruck, Durchblutungsstörungen	ja	nein
<b>Infektionserkrankungen</b> / Wenn ja, welche?	ja	nein
Hepatitis	ja	nein
Immunmangelsyndrom (HIV)	ja	nein
<b>Rheumaerkrankungen</b>	ja	nein
<b>Tumorerkrankungen</b>	ja	nein
<b>Frühere Operationen</b> / Wenn ja, welche?	ja	nein

Haben Sie ein akutes zahnmedizinisches Problem? (Schmerzen, Zahnfleischbluten, Probleme mit Zahnersatz, ...)	ja	nein
---	----	------

Weitere Fragen: (Wenn ja, bitte genauere Angaben)			
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	ja	nein	
Name / Anschrift des Arztes			
Sind Sie im letzten Jahr von einem Zahnarzt geröntgt worden?	ja	nein	
Wenn ja, wann und wo?			
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?			
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?	ja	nein	
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel?	ja	nein	
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel? (ASS, Marcumar, Plavic, ...)	ja	nein	
Wenn ja, welche?			
Hatten Sie einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich? Wenn ja, wann?	ja	nein	
Leiden Sie unter Ohrengeräusche (Tinnitus)? Wenn ja, seit wann?	ja	nein	
Verursachen Ihre Kiefergelenke Geräusche (Gelenkknacken)?	häufig	manchmal	nein
Sind einzelne Zähne empfindlich (Aufbeiß-, Heiß/Kalt-Schmerz)?	ja	selten	nein
Können Sie den Mund normal weit öffnen?	ja	unterschl.	nein
Können Sie auch harte Speisen kauen?	ja	nein	
Sind Sie mit Farbe, Form und Stellung Ihrer natürlichen Zähne zufrieden?	ja	nein	

Wie sind Sie zu uns gekommen?			
Empfehlung / Überweisung von			
Sonstiges (Internet, Telefonbuch, ...)			

#### Wichtige Hinweise:

1. Die Praxis wird nach dem „Bestellsystem“ geführt. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagte Behandlungszeiten werden daher in der Höhe der entstandenen Unkosten in Rechnung gestellt. (s. AGB)
2. Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze nicht mehr fahrtüchtig sein können.
3. Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit.

#### Behandlungswunsch:

Ich möchte möglichst kostengünstig innerhalb meiner Bezuschussungsrichtlinien versorgt werden, auch wenn diese manche moderne Behandlungsmethoden ausgrenzen. Bitte klären Sie mich über die wichtigsten Einschränkungen auf.

Ich bin bereit, für eine über die Bezuschussungsrichtlinien hinausgehende Untersuchung, Diagnose und ausführliche Beratung privat zuzuzahlen. Dafür möchte ich einen auf mich individuell zugeschnittenen Behandlungsplan. Ich möchte über die entstehenden Kosten vorab informiert sein, um die Bezuschussung mit meinem Kostenträger abzuklären.

#### Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Ich habe die AGB gelesen und bin damit einverstanden.

Datum, Unterschrift