



Aktualisierung ihrer Anmeldung

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

im Rahmen unseres **Qualitätsmanagements** ist es notwendig, dass wir Ihre persönlichen Daten in regelmäßigen Abständen aktualisieren.

In Ihrem Interesse bitten wir Sie daher, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

Patient	Versicherter (nur falls anders als Patient)
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsname/-Ort:.....	
geb.:	geb.:
Straße:	Straße:
PLZ : Ort:	PLZ : Ort:
Telefon privat: Fax:	Telefon privat: Fax:
Arbeitgeber:	Telefon geschäftl.: Fax:
Beruf:	
Telefon geschäftl.: Fax:	e-mail:

Wichtige Hinweise:

Wir möchten an dieser Stelle dringend darauf hinweisen, dass nach örtlicher Betäubung Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Durch Ihre Terminvereinbarung mit uns wird für Sie in der Regel ein bestimmter Zeitraum exklusiv reserviert. Ihr Vorteil ist, dass Sie daher kaum Wartezeiten in Kauf nehmen müssen und wir uns voll auf Ihre Behandlung konzentrieren können! Daher ist es sehr wichtig, dass Sie pünktlich zu Ihrem Termin erscheinen.

Terminabsagen sind bis mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin nicht kostenpflichtig. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir bei kurzfristiger Terminstornierungen (innerhalb von 24 Std.), Ihre reservierte Behandlungszeit, insofern wir diese nicht an andere Patienten weiterreichen können, unter Umständen mit dem vollen Praxisstundensatz berechnen müssen.

Ich bin darüber informiert, dass die Behandlungskosten nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt werden, sofern nicht innerhalb von 10 Tagen eine Krankenversicherungskarte oder ein Zahnbehandlungsschein einer gesetzlichen Krankenkasse vorliegt.

Datum : **Unterschrift :**

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.
Wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung.
Praxis für Zahnheilkunde Dr. Frank Müller



Gesundheitsfragebogen

Patientenname.: **geb.:**

leiden Sie an:

Herz/Kreislaufferkrankungen

- Bluthochdruck ja nein
- Herzklappendefekt ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Endocarditis/Myocarditis ja nein

Infektionserkrankungen

- Hepatitis ja nein
- HIV/AIDS ja nein
- Tuberkulose / Andere ja nein

Allergien / Unverträglichkeiten (falls Allergiepaß vorhanden, bitte zeigen Sie ihn uns)

- Lokalanästhesie ja nein
- Antibiotika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Metalle ja nein
- Latex ja nein
- Sonstige ja nein

Weitere Erkrankungen

- Krampfleiden (Epilepsie) ja nein
- Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
- Blutgerinnungstörungen ja nein
- Diabetes ja nein
- Nierenerkrankungen ja nein
- Osteoporose ja nein
- Augenerkrankungen ja nein
- psychische Erkrankungen ja nein
- Suchtleiden ja nein
- sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein ? ja nein
wenn ja welche :

.....
.....

bitte wenden



- Röntgenpaß vorhanden ? ja nein
- Wurden bei Ihnen andere bildgebende Verfahren im Schädelbereich durchgeführt ja nein
 - Haben Sie sich in den letzten Jahren einer Operation unterziehen müssen ? ja nein
- Welche ?.....
- Wurden bei Ihnen Strahlenbehandlungen durchgeführt ? (z.B. Tumorbehandlung) ja nein
 - Haben Sie sich jemals einer Tumorbehandlung unterziehen müssen ? ja nein
 - Wurde bei Ihnen jemals eine Organverpflanzung vorgenommen ? ja nein
 - Nehmen Sie Medikamente zur Senkung Ihre Abwehrkräfte ? ja nein
 - Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate für Ihren Knochenstoffwechsel ? ja nein
 - Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen / Migräne ? ja nein
 - Bestand oder besteht bei Ihnen Zahnfleischbluten ? ja nein
 - Beobachten Sie Zahnwanderungen ? ja nein
 - Knirschen Sie mit den Zähnen ? ja nein
 - Pressen Sie mit den Zähnen mit den Lippen mit der Zunge ? ja nein

Hausarzt :

Ich werde Änderungen dieser Angaben während der bevorstehenden Behandlungsmaßnahmen mitteilen.

Versicherung

privat versichert ja nein ; wenn ja, welche
Vers.:

Basis-/Standardtarif ja nein

freiwillig versichert ja nein ; wenn ja, welche
Krankenkasse :

pflichtversichert ja nein ; wenn ja, welche
Krankenkasse :

priv. zusatzversichert ja nein ; wenn ja, welche Vers.:
.....

Beihilfe ja nein

Möchten Sie durch unser individuelles Erinnerungssystem (Recall) ja nein
weiterhin auf notwendige Untersuchungen hingewiesen werden.

Neuss, den

Unterschrift: