



AM KREUZBERG

ZAHNARZTPRAXIS

Zahnarztpraxis am Kreuzberg
Dr. Matthias Eigenbrodt & Partner
Bergmannstraße 2
10961 Berlin-Kreuzberg

Willkommen!

Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abzustimmen, bitten wir Sie diesen Anmeldebogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ablage und Verwahrung erfolgt nach Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Bitte beachten Sie:

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Sollten Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies gerne spätestens 48 Stunden vorher mit. Ausgefallene Termine, die nicht abgesagt wurden, werden in voller Höhe in Rechnung gestellt.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift am Ende dieses Anmeldebogens Ihre Angaben, die Kenntnisnahme der von uns mitgeteilten Informationen und die Erlaubnis zur Weitergabe Ihrer Röntgenbilder an andere behandelnde Ärzte. Vielen Dank!

Persönliche Angaben Patient

.....
Nachname des Patienten

.....
Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Geburtsdatum

.....
Beruf

.....
Arbeitgeber

.....
Krankenkasse

.....
Telefon / Handy

.....
E-Mail

Persönliche Angaben Versicherter (Eltern, Ehegatte, gesetzlicher Vertreter / Betreuer)

.....
Nachname des Versicherten

.....
Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Geburtsdatum

.....
Telefon / Handy

Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Freiwillig versichert
- Private Zusatzversicherung

- Privat versichert
- Beihilfe
- nur Basistarif

b.w.

Angaben zum Gesundheitszustand (Anamnese)

Krankheiten, Allergien und Medikamenten-Unverträglichkeiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können.

Falls vorhanden, bringen Sie bitte auch Ihren *Allergiepäss* zu Ihrem ersten Termin mit.

Falls Sie laufend oder zurzeit Medikamente einnehmen, tragen Sie diese bitte unten ein.

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Medikamente zur Blutverdünnung. Wenn ja: Welche?

Marcumar Falithrom Heparin Xabane Phenprocoumon Warfarin ASS

Sonstige Medikamente:

Allergien:

Rauchen Sie? Nein Ja. Menge pro Tag:

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Nein Ja, im Monat

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? Bitte ankreuzen:

- Angina pectoris
- Asthma / Lunge
- Blutgerinnungsstörung
- Depression / Psychose
- Durchblutungsstörung
- Epilepsie
- Ernährungsstörung
- Hepatitis A Hep. B Hep. C
- Immunschwäche (HIV / AIDS)
- Magen / Darm. Was?
- Migräne
- Niedriger Blutdruck Hoher Blutdruck
- Ohnmachtsneigung
- Operationen. Welche?
- Osteoporose
- regelmäßiger Alkoholkonsum
- regelmäßiger Drogenkonsum
- Rheuma / Arthritis / Gicht
- Schilddrüsenunterfunktion -überfunktion

- Schlaganfall
- Syphilis
- Tropenkrankheit
- Tuberkulose
- Tumor
- Zahnarztphobie (Angst)
- Zuckerkrankheit (Diabetes)

Beschwerden an:

- Augen
- Haut
- Herz
- Leber
- Nasennebenhöhle
- Nerven
- Niere

Andere Erkrankung (bitte eintragen):

.....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch:
- Straßenschild Radio TV
- Praxiswebseite Google Jameda
- GWÖ ÖDP ADFC VCD
- Sonstiges:

Sollen wir Sie an Termine erinnern?

- Ja, gerne
 - per E-Mail (von Praxis bevorzugt)
 - per SMS
- Nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

.....
Name Hausarzt

.....
Telefonnummer Hausarzt

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift