



**Zahnarztpraxis
Christian Georg Hoppe**
Am Pfingstanger 1 - 31832 Springe / Eldagsen
Telefon: 05044/ 882230 - Telefax: 05044/ 882286

Anmeldebogen mit Anamnese

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname:	_____	mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum:	_____	Name: _____
Geburtsort:	_____	Vorname: _____
Adresse:	_____	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Beruf:	_____	Name: _____
Arbeitgeber, Ort:	_____	Adresse: _____
Tel. Arbeitsplatz:	_____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Krankenkasse:	_____	Dienstes? ja / nein
pflichtversichert:	ja / nein	

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____

Sind Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Haben Sie Allergien?
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Gerinnungsstörungen oder nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein?
(z.B. ASS, Marcumar, Heparin, Clopidogrel, Xarelto, o.Ä.)
Wenn ja, kennen Sie Ihren aktuellen Quick-Wert? _____
Ihren INR-Wert? _____
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? (z.B. Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, o.Ä.)

Sind bei Ihnen folgende Infektionen bekannt oder besteht der Verdacht darauf?

HIV-Infektion
Hepatitis B oder C
Creutzfeldt-Jakob-Infektion
Sind Sie mit MRSA infiziert? (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus)
Tuberkulose

Sonstige:

Haben Sie Diabetes? Wenn ja, kennen Sie Ihren aktuellen HbA1C-Wert? _____

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?

Haben Sie grünen Star?

Haben Sie Asthma?

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?

Fragen bzgl. einer Antibiotikaprophylaxe:

Tragen Sie künstliche Gelenke, Herzklappen oder Organtransplantate?

Litten Sie schon einmal an einer Endokarditis (Herzmuskelentzündung)?

Leiden Sie unter rheumatischer Arthritis?

BITTE ZWEITE SEITE BEACHTEN!

Angaben zur Behandlung in unserer Praxis:

Haben Sie Zahnschmerzen? Haben Sie Geräusche oder Schmerzen

Blutet Ihr Zahnfleisch? im Kniefergelenk?

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Wünschen Sie neuen Zahnersatz?

Wurde von Ihren Zähnen vor Kurzem eine Röntgenaufnahme gemacht? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Wer hat uns empfohlen? _____

Möchten Sie unseren Erinnerungsservice für die jährliche Kontrolle/ Prophylaxebehandlung in Anspruch nehmen?

per SMS? Mobilnummer: _____

oder per Post?

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

**Sollten Sie Ihren vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig darüber - mindestens 24 Stunden vorher! Andernfalls müssen wir versäumte Termine in Rechnung stellen!
Vielen Dank für Ihr Verständnis.**

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift