

# Anmeldeformular für Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Ihr Praxis-Team Dr. Brauner + Dr. Rendchen

## Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Versicherte

Person (falls abweichend)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Anschrift

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

## Telefon

Privat \_\_\_\_\_ Geschäftlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

## E-Mail

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

## Beruf

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

## Name der Krankenkasse

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Sind Sie **beihilfeberechtigt?**  Ja  Nein

## Haben Sie eine Zahn- zusatzversicherung?

Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Name der Versicherung

## Wer ist Ihr Hausarzt?

\_\_\_\_\_

## Bestehen bei Ihnen Erkrankungen der / des... ?

Herzens oder Kreislaufs  Lunge (z.B. Asthma, COPD)  Leber  
 Nieren  Schilddrüse  Magen-Darm-Traktes  
 Gelenke (Rheuma)  Ohren (Ohrensausen / Tinnitus)  Wirbelsäule

## Haben Sie... ?

hohen Blutdruck  niedrigen Blutdruck  Diabetes  
 Epilepsie  Grauen Star  Tuberkulose  
 HIV / Aids  Hepatitis – wenn ja, welcher Typ:  A  B  C  
 Allergien – wenn ja, welche:  sonstige Krankheiten – wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

## Zu Ihrem Herzen: Haben / Hatten Sie... ?

Angina Pectoris  einen Herzschrittmacher  künstliche Herzklappen  
 einen Herzinfarkt  eine Herzklappenentzündung

## Medikamente – nehmen Sie... ?

Schilddrüsenmedikamente  Cortison (Kortikoide)  Schmerzmittel  
 Antidepressiva  Herzmedikamente  Blutverdünner  
 andere Medikamente – wenn ja, welche: (Name und Dosierung) (z.B. Marcumar, ASS)

\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?  
 Ja  Nein Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

## Fragen / Anmerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen bezüglich der obigen Angaben mit.**

## Hinweise zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten weitergeben können.

Ratingen, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Überweisungsformular für MKG-Chirurgie

Die Patientin / der Patient wird zur Durchführung folgender Leistungen überwiesen.

Implantatberatung / Implantation

Geplante Implantatposition: \_\_\_\_\_

Augmentation

Sinuslift

DVT

Weisheitszahnentfernung

Entfernung folgender Zähne

Zystektomie

\_\_\_\_\_

Entfernung überzähliger Zähne / Zahnkeime

\_\_\_\_\_

Vestibulumplastik

Oberkiefer

Unterkiefer

Operative Freilegung

mit Brackettierung

Bracket anbei

\_\_\_\_\_

ohne Brackettierung

Wurzelspitzenresektion

mit orthograder Wurzelfüllung

mit retrograder Wurzelfüllung

\_\_\_\_\_

OPG per Mail

Zahnfilm per Mail

Ich bitte um vorherige telefonische Rücksprache

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anmerkungen / Wünsche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Selbstverständlich erfolgt die Zusendung eines Therapieberichtes sowie die konsequente Rücküberweisung nach abgeschlossener Therapie.

\_\_\_\_\_  
Datum | Unterschrift | Praxisstempel