



EIFELZAHN

DR. FLORIAN PEITZER

Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

herzlich willkommen in unserer Praxis. Vor der Durchführung einer zahnärztlichen Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte nehmen Sie sich Zeit den vorliegenden Anmeldebogen (**Vorder- und Rückseite**) vollständig zu bearbeiten. Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Patient/-in: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Mobil*: _____

E-Mail*: _____

Beruf*: _____

* = freiwillige Angaben

Versicherter: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Krankenversicherung: gesetzlich privat

beihilfeberechtigt*

Name der Versicherung: _____

Zahnzusatzversicherung*: ja nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herz-, Kreislauferkrankungen

- Bluthochdruck Herzklappenfehler
 Thrombose Herzklappenersatz
 Schlaganfall, wann: _____ Herzschrittmacher
 Herzinfarkt, wann: _____ Angina pectoris
 Herzoperation, wann: _____ Endokarditis

Andere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörung Epilepsie
 Diabetes mellitus Ohnmachtsanfälle
 Asthma Osteoporose
 Leber-/Nierenerkrankung Rheuma
 Tumorerkrankung Drogenkonsum

Infektiose Erkrankungen

- HIV / AIDS Tuberkulose
 Hepatitis A, B, C andere, z.B. MRSA

Medikamenten-Einnahme

- Blutgerinnung, z.B. Marcumar
 ASS / Aspirin Bisphosphonate
 Bluthochdruck andere

Medikamentenname: _____

Allergien / Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika Metalle
 Antibiotika andere
 Schmerzmittel Allergiepass

zusätzl. Angaben: _____

Rauchen

ja nein

Patientinnen: Schwangerschaft

ja, welche Woche: _____ nein

Weitere Erkrankungen / sonstige Angaben:

Hausarzt, Ort: _____

Facharzt, Ort: _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bei jedem Besuch mit.

Anästhesie-Aufklärung

Bei der Anästhesie (Betäubung) können folgende Risiken auftreten: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktion, Krämpfe, Nervenschäden. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit/Reaktionsfähigkeit nach einer zahnärztlichen Behandlung beeinträchtigt sein kann.

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge-/Kontrolltermin erinnert werden (freiwillige Angabe)?

telefonisch per E-Mail/SMS schriftlich per Brief/Postkarte

Dieser Service ist für Sie kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden.

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu. Die Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) finden Anwendung.

Bad Münstereifel, den _____

Unterschrift



EIFELZAHN

DR. FLORIAN PELTZER

Kölner Straße 172, 53902 Bad Münstereifel
Tel.: 02253 / 54616140, zahnarztpraxis@eifelzahn.de