



EIFELZAHN

DR. FLORIAN PELTZER

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*: _____

Versicherter: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat

☐ beihilfeberechtigt*

Name der Versicherung: _____

Zahnzusatzversicherung*: ☐ ja ☐ nein

* = freiwillige Angaben

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herz-, Kreislauferkrankungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall, wann: _____ | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, wann: _____ | <input type="checkbox"/> Angina pectoris |
| <input type="checkbox"/> Herzoperation, wann: _____ | <input type="checkbox"/> Endokarditis |

Infektiöse Erkrankungen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> HIV / AIDS | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C | <input type="checkbox"/> andere, z.B. MRSA |

Allergien / Unverträglichkeiten

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lokalanästhetika | <input type="checkbox"/> Metalle |
| <input type="checkbox"/> Antibiotika | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Allergiepass |

zusätzl. Angaben: _____

Andere Erkrankungen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Leber-/Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Drogenkonsum |

Medikamenten-Einnahme

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnung, z.B. Marcumar | |
| <input type="checkbox"/> ASS / Aspirin | <input type="checkbox"/> Bisphosphonate |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> andere |

Medikamentenname: _____

... weiter auf Rückseite! →

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