

Anmeldebogen - Praxis für Zahnheilkunde Dr. Joachim Rauch

Patientenname: Mitgliedsname:

Vorname: Vorname:

Geburtsdatum : Geburtsdatum:

Anschrift:
Straße PLZ Ort

Tel. privat: Tel. tagsüber: e-mail :

Krankenkasse:..... Beihilfeberechtigt : ja nein

Beruf:

Arbeitgeber:

Anschrift des Arbeitgebers:

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben :

Leiden Sie unter

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen: Ja Nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV, usw.):..... Ja Nein

Innere Krankheiten: Ja Nein

Allergien: Ja Nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente (welche): Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft ? Ja Nein

Leiden Sie am grünen Star (Glaukom)? Ja Nein

Haben Sie öfters Kopfschmerzen ?..... Ja Nein

Haben Sie Probleme mit der Wirbelsäule, v.a. Schulter/Nackengebiet ?..... Ja Nein

Sonstiges:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?.....

Sind Sie bereit, für qualitativ hochwertige Behandlungsmethoden (evtl. keine Kassenleistung)
nach **Absprache mit den behandelnden Ärzten** Mehrkosten zu bezahlen? Ja Nein

Möchten Sie spezielle Informationen über:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Prophylaxeprogramm | <input type="radio"/> Parodontitisvorsorge |
| <input type="radio"/> Füllungstherapien / Inlays | <input type="radio"/> Zahnersatz |
| <input type="radio"/> Ästhetische Zahnmedizin | <input type="radio"/> Implantate |

Einwilligung nach Datenschutzgesetz:

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten sowie meine Behandlungsdaten elektronisch erhoben und gespeichert werden.

Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt !

Mir ist bekannt, dass nach einer örtlichen Betäubung meine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann !

Haar, _____

Unterschrift