

Anmeldebogen:

Praxis Dr. Kai Neuhaus

Berghofer Schulstraße 5 · 44269 Dortmund
 Tel.: 0231 / 49 60 360 · Fax.: 0231 / 49 60 362
 E-Mail: info@zahnarzt-dr-neuhaus.de
 www.zahnarzt-dr-neuhaus.de



Patient	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Telefax
Versicherter: Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Telefax
Krankenkasse / Krankenversicherung	Zusatzversicherung (bei gesetzlich Versicherten)	
Beruf	Arbeitgeber	Telefon /Telefax

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Freunde, wer?.....
- Zufall
- Überweisung durch
- Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?
- Wünschen Sie nur eine Behandlung der z. Zt. vorhandenen Beschwerden?

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Goldfüllungen
- Implantate
- Keramikfüllungen
- Amalgamsanierung / Amalgamausleitung
- Ästhetische Zahnheilkunde
- Bleaching
- Karies und Parodontoseprophylaxe
- Parodontosebehandlung
- Kiefergelenksbehandlung
- Sonstiges.....

Ist Ihnen die Ästhetik:

- sehr wichtig
- wichtig
- nicht so wichtig
- total unwichtig

Gefällt Ihnen Ihr Lächeln / Ihre Zähne?

- Ja
- Nein

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches?

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?	Ja	Nein		Ja	Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Grüner Star (Glaucom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metallgeschmack?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher oder niedriger Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Werte:/.....			Asthma, Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluterinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Angina Pectoris, Infarkt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Allergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche?			Kiefergelenksbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen andere Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV +	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche?			AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche?			Stoffwechselerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind jemals Probleme bei ärztlichen Behandlungen aufgetreten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche?			Mundgeruch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot oder Brustschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zahnfleischbluten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.
- Bitte teilen Sie uns eine eventuell vorliegende Schwangerschaft umgehend mit.
- Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.
- Bei Nichteinhaltung von Terminen, ohne vorherige Absage, kann der entstandene Honorarverlust in Rechnung gestellt werden.

Sie haben die Möglichkeit, <u>kostenfrei</u> an unserem Erinnerungs- / (Recall-) und Info-System teilzunehmen. Ja, ich bitte die Praxis Dr. Neuhaus, mich an Kontroll- und Prophylaxe -Termine zu erinnern.		
Dortmund, den.....	Datum	Unterschrift
(diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden)		