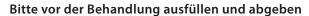
## **ANMELDUNG**





Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie kommen zur Zahnbehandlung in unsere Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel geringe Wartezeit. Medizinisch notwendige, nicht vorhergesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch das führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sollten Sie diesen bitte möglichst frühzeitig vorher absagen (mindestens 24 Stunden vorher!), da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenützte Zeit in Rechnung gestellt werden kann (§§ 304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalls (z.B. Schmerzen) einen Notfalltermin, so müssen sie mit Wartezeiten rechnen.

Patient		Name				Krankenkasse		
		Vorname						
		Geb. am				Beruf		
Anschrif	ft	Straße, Nr.						
		PLZ				Arbeitgeber	Firma	
		Ort					Straße	, Nr.
Telefon		Privat					PLZ	
		Geschäftlich					Ort	
Mitglied	1/	Name				Empfohlen durch	1	
Zahlung	ıspflichtiger	Vorname						
		Geb. am						
Anschrif	ft	Straße, Nr.						
		PLZ						
		Ort						
Das Praxi handschi	isteam bittet o riftlich einzutr	daher, nachfolg agen. Leiden S	gende F Sie derze	ragen eit ode	sorgfältig zu lese er litten Sie jemals	n und zu beantwor	ten bzv nden Er	tmöglich informiert zu sein. v. zusätzliche Angaben krankungen? <b>Teilen Sie</b> <b>mit</b>
X JA	A							
Herz/Kreislauf		(	Gefäß	iße		Leber		
□ но	Hoher Blutdruck		[		Schlaganfall			Leberzirrhose
☐ Ni	Niedriger Blutdruck		[		Thrombosen			Hepatitis ABBC
☐ Ar	Angina pectoris							
□ Не	Herzinfarkt		1	Blut	ut			
□ не							Atem	vege/Lunge
	erzfehler				Gerinnungsstöru	ng	Atem	<b>vege/Lunge</b> Tuberkulose
☐ Er	erzfehler ndokarditis		_		Gerinnungsstöru Nachbluten nach	_	Atem	
☐ Er			[	_	_	Operationen	Atem	
		klappe	]		Nachbluten nach	Operationen		Tuberkulose
☐ Kü	ndokarditis		]		Nachbluten nach Häufiges Nasenb	Operationen luten		Tuberkulose Asthma
☐ Kü	ndokarditis ünstliche Herz	ngen	]		Nachbluten nach Häufiges Nasenb Blaue Flecken	Operationen luten		Tuberkulose  Asthma  Schlafapnoe

Nieren		Nerven/Gemüt			Weitere Angaben		
	Dialysepflichtigkeit		Krampfanf	älle (Epilepsie)			Sind Sie schwanger?
	oder		Lähmunge	n			Welche Schwangerschaftswoche?
			Creutzfeld	:-Jakob-Krankheit			
Skelettsystem/Knochen		oder					Rauchen Sie?
	Osteoporose	Aller	Allergien				Haben Sie mit dem
	oder		Heuschnu	ofen			Rauchen aufgehört?
	Wurden Sie in der Vergangenheit		Antibiotika	l			Sind Sie in den letzten
	oder werden Sie zurzeit mit		Schmerzmittel Jod		12 Monaten im Kopf/ Kiefer-		
	Bisphosphonaten behandelt?		Latex				bereich geröntgt worden?
	Wegen welcher Erkrankungen?		Metalle				Gerinnungshemmende
		oder					Medikamente
	Wann? Mit welchem Präparat?	Immunschwäche			Dauerhaft oder in den		
	z.B. Alendron(säure), Bonvivae,		Einnahme	von Cortison			letzten Tagen
	Bondronat®, Actonele, Fosavancee,		Zustand na	ch Organtransplan	ntation		☐ Asperin®/ASS®
	Fosamaxe, Zometa®, Aredia®,		AIDS, HIV				☐ Marcumar®
	Zoledron(säure), Aclastae,		Bestrahlun	g, Chemotherapie	5		oder
	Pamidron(säure)		Blutkrebs				Regelmäßige Medikamente
		oder					Blutdruckmedikamente
Stoffwechsel		Andere Erkrankungen				Herzmedikamente	
	Zuckerkrankheit	oder	Behinderur	igen			Schmerzmittel
	☐ Diabetes mellitus Typ I		Tumorerkr	ankungen,			Rheumamittel
	☐ Diabetes mellitus Typ II		z.B. Brustkı	ebs, Prostatakrebs	S		☐ Psychopharmaka
	Schilddrüsenfehlfunktion	oder					☐ Antidiabetika
oder						welch	ne
Mein	Hausarzt ist			Außerdem	bin ich	derzei	it beim <b>Facharzt</b> in Behandlung
Name				Name			
Straß	e, Nr.			Straße, Nr.			
PLZ, (	Ort			PLZ, Ort			
				Facharzt fü	ir:		
	ersichere, dass ich alle Angaben entsp nur einmal unterschreiben! Die ande			_		_	
Stuttgart, den							Unterschrift
Stuttgart, den							
Datum Stuttgart, den							Unterschrift
Stuttgart, denDatum							Unterschrift
Stuttgart, den							Unterschrift
Stuttgart, den							Unterschrift
	Datum						