

**3z - Die Zahnärzte
Dr. A. Wörner, Dr. A. Fiedler, Dr. J. Ortwein
und Kollegen**

Bismarckstr. 22 - 74613 Öhringen
Telefon: 07941-94040 - Telefax: 07941-940450

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Anschrift des Patienten: _____

Versicherter: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift des Versicherten: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Mobil: _____

E-Mail: _____

Arbeitsplatz: _____
Firma Ort Tel:

Hausarzt: _____
Name Ort

Sind Sie bei einem Facharzt in Behandlung?

Name _____

Liegen Erkrankungen vor an **Welche Medikamente nehmen Sie?**
Lunge (Asthma, etc.) Ja Nein _____
Niere Ja Nein _____

Herz Ja Nein _____
Herz-Kreislaferkrankungen. Welche ? _____

Herzklappenersatz Endokarditis _____
 Herz - Operationen Herzschrittmacher _____
 Herzinfarkt Schlaganfall _____
Blutdruck Ja Nein Hoch/ niedrig _____
Blutgerinnung Ja Nein _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein

Eliquis Pradaxa Xarelto Marcumar Herz-ASS
 Ja, und zwar _____ Sonstiges _____ Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate gegen Krebs o. Osteoporose ein?

Nein Ja, und zwar _____ Infusion/ Tabletten

Leiden Sie an

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit Ja Nein _____
Diabetes (Zucker) Ja Nein _____
Rheumatische Erkrankungen Ja Nein _____
Infektionen (HIV, Hepatitis, Tbc.) Ja Nein _____
Allergien Nein Ja, welche _____
Medikamentenunverträglichkeit Nein Ja, welche _____
Zeigen Sie Spritzenreaktionen? Ja Nein _____
Besteht eine Schwangerschaft? Ja, Monat: _____ Nein
Stillen Sie? Ja Nein

Bitte Blatt wenden !

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes mit!

Die Angaben sind wichtig für eine risikofreie Behandlung.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Herzlichen Dank !

Möchten Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzl. Krankenversicherung zählen? Ja Nein
Haben Sie eine Zusatzversicherung Ja Nein

Datum

Unterschrift

— **Ich wünsche eine Beratung zu**

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- hochwertige Füllungsmaterialien
- Amalgam Entfernung
- Zahnersatz
- metallfreier Zahnersatz
- Implantate
- Zahnaufhellung (Bleaching)
- unsichtbare Zahnspange (Aligner)
- Keramikverblendschalen (Veneers)

— **Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?**

- Empfehlung durch (bitte Namen nennen): _____
- Internet Gelbe Seiten Sonstiges

— **Möchten Sie zur Terminvereinbarung für eine erforderliche Kontrolluntersuchung angeschrieben werden?**

- Ja Nein 1/2 jährlich jährlich
- per E-Mail per Brief

Datum

Unterschrift

"Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.