

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen bei Ihrem ersten Besuch aus.

Patient Frau / Herr _____

Mitglied / Versicherter _____

Anschrift _____

Telefon _____
privat _____ geschäftlich _____ mobil _____

e-mail _____

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung / Beihilfe ja nein

Lesen Sie bitte die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit sorgfältig durch und kreuzen die zutreffenden Angaben an:

Leiden Sie unter:

Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Infektionen (Hepatitis, HIV, TBC)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hohem/niedrigem Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, gegen:	_____	
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:	_____	
Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?			vor:	_____	bei: _____
Wurde bei Ihnen eine Parodontosebehandlung durchgeführt?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie regelmäßig in zahnmedizinischer Prophylaxebehandlung?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie mit dem Aussehen (Form, Farbe, Stellung) Ihrer Zähne zufrieden?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ihre speziellen Fragen und Wünsche: _____

Wem dürfen wir für die Empfehlung unserer Praxis danken? _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um für Sie unnötige Wartezeiten zu vermeiden wird unsere Praxis als reine Bestellpraxis geführt. Um diesen Service auch in Zukunft garantieren zu können, behalten wir uns vor, vereinbarte Termine, die nicht wahrgenommen werden bzw. nicht spätestens am Vortag abgesagt werden, in Rechnung zu stellen, sofern der Termin von uns nicht kurzfristig für andere Behandlungen genutzt werden konnte. Bitte bestätigen Sie uns die Kenntnisnahme dieser Regelung und die Richtigkeit Ihrer oben gemachten Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Köln, den _____ Unterschrift _____

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis stets wohlfühlen und sind Ihnen bei offenen Fragen gerne behilflich.

Ihr Praxisteam Dr. Meinhardt & Jansen