



**ZAHNARZTPRAXIS
BERLIN-BUCKOW**

Dr. Regine Bernhardt-Waage
Dr. Caroline Czerwinski



**Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.**

Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen aus, damit wir Sie nach Ihren Wünschen und in Übereinstimmung mit Ihrem Gesundheitszustand behandeln können. Wir hoffen auf Ihr Verständnis, dass wir diesen Fragebogen bei jeder Sitzung aktualisieren. Dies geschieht in unserem gemeinsamen Interesse. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Name _____

Vorname _____ **Geburtsdatum** _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Telefon _____

privat

dienstlich/Handy

Beruf _____

Geschlecht: w / m

freiwillige Angabe

Krankenkasse _____ **gesetzlich** **privat** **Zusatzversicherung**
 Beihilfe Basistarif

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Herz- / Kreislauferkrankung nein ja: _____

Herzklappenentzündung (Endokarditis) nein ja: _____

Herzklappenfehler nein ja: _____

- Bypass und/oder Stent** nein ja: _____
- Herzpass** nein ja: _____
- Allergien (Latex, Farbstoffe etc.)** nein ja: _____
- Allergiepass** nein ja: _____
- Diabetes (Zuckerkrankheit)** nein ja: _____
- Schilddrüsenerkrankung** nein ja: _____
- Magen- / Darmerkrankung** nein ja: _____
- Epilepsie** nein ja: _____
- Verstärkte Blutungsneigung
(Blutgerinnungsstörung)** nein ja: _____
- Thromboseerkrankung
(chronisch/akut)** nein ja: _____
- Bestehen Atemwegserkrankungen
(Asthma)** nein ja: _____
- Lebererkrankungen** nein ja: _____
- Infektionskrankheiten
(HIV / Hepatitis / TBC o. ä.)** nein ja: _____
- Sonstige Erkrankungen** nein ja: _____
- Schwanger** nein ja: _____
- Angstpatient** nein ja: _____

**Waren Sie bereits bei einer zahnärztlichen Individualprophylaxe?
(professionelle Zahnreinigung)** nein ja

Kommen Sie auf Empfehlung? _____ nein ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Sollten Sie einen Termin bei uns nicht wahrnehmen können, so bitte wir Sie, diesen spätestens 24h vorher abzusagen, da wir uns ansonsten vorbehalten, Ihnen eine Ausfallrechnung zu stellen.

_____ Datum

_____ Unterschrift