



DR. ANDREAS STEIN M.Sc.

ZAHNARZT

FACHZAHNARZT FÜR ORALCHIRURGIE

MASTER OF SCIENCE IN PERIODONTOLOGY

Anmeldebogen

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT PARODONTOLOGIE

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT IMPLANTOLOGIE

Sie kommen zur Zahnbehandlung in unsere Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet für Sie in der Regel nur kurze Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall von unserer Seite exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie ihn bitte am VORTAG ab.

PATIENT:

Patientenname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

.....

.....

Tel.privat

Tel.beruflich:

Fax:

e-Mail:

Versicherung/Krankenkasse:

Beruf:

Arbeitgeber:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (1-11):

1. Leiden Sie an Erkrankungen des Kreislaufs:

2. Asthma/Allergien:

3. Medikamentenunverträglichkeit:

4. Hepatitis/Tbc/AIDS:

5. innere Krankheiten:.....

VERSICHERTER:(nur bei Familienversicherten)

Name d. Versicherten

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift.....

.....

.....

durch wen oder was wurden Sie auf uns aufmerksam?.....

6. Bestehen zur Zeit Krankheiten, wenn ja, welche?.....

7. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Ggf. welche?:

8. Leiden Sie unter Blutungsstörungen?

9. Rauchen Sie?.....

10. Besteht eine Schwangerschaft?

11. Legen Sie Wert auf eine örtliche Betäubung?.....

Wiesbaden,
Datum Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter dem Einfluß von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für bis 12 Stunden beeinträchtigt sein kann!