



Fachärzte für Zahn-, Mund- & Kieferheilkunde

DDr. Ulrike Haas  
DDr. Markus Haas

Datum: \_\_\_\_\_

## ANMELDUNG

\_\_\_\_\_  
*Nachname* *Vorname* *Geburtsdatum*

\_\_\_\_\_  
*Versicherungsnummer* *Krankenkasse*

\_\_\_\_\_  
*PLZ, Wohnort, Straße und Hausnummer*

\_\_\_\_\_  
*Telefon* *Mobilnummer*

\_\_\_\_\_  
*Beruf* *email*

\_\_\_\_\_  
*Arbeitgeber des Versicherten* *Dienstort des Versicherten*

**Wenn nicht selbst versichert, MUSS der Versicherte zusätzlich angegeben werden:**

\_\_\_\_\_  
*Nachname* *Vorname* *Geburtsdatum*

\_\_\_\_\_  
*Versicherungsnummer* *Krankenkasse* *Telefon*

\_\_\_\_\_  
*PLZ* *Ort* *Strasse*

**Wir bitten Sie höflichst, im Falle einer Verhinderung Ihren Termin rechtzeitig (mind. 24 Stunden vorher) abzusagen oder zu verschieben. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

**BITTE WENDEN !!**

# GESUNDHEITS-FRAGEBOGEN

Bitte zutreffendes ankreuzen!

ja      nein

- |                                                                                                           |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Meine Zähne sind mir wichtig? .....                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie zurzeit Allgemeinbeschwerden? Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?<br>Welche/Weswegen? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurden Sie wegen schwerer Krankheiten innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt?<br>Weshalb? .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?                                                            |                          |                          |
| a. Herzfehler oder Herzbeschwerden .....                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Schilddrüsenerkrankungen .....                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Allergien (Asthma, Überempfindlichkeiten) .....                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Vertragen Sie Medikamente nicht?<br>Wenn ja, welche? .....                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Krampfanfälle .....                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Zuckerkrankheit .....                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Leberleiden oder Gelbsucht/Hepatitis.....                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tuberkulose oder HIV/Aids .....                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Augenleiden .....                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Osteoporose .....                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bluten Sie nach Verletzungen oder Zahnextraktionen lange nach (Blutverdünnung?) ..                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?<br>Welche? .....                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....                                                                                                     |                          |                          |
| 7. Für Frauen: Sind Sie schwanger? .....                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Mein Hausarzt: .....                                                                                   |                          |                          |

---

Unterschrift des Patienten

---

Unterschrift des Arztes

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich obsorgeberechtigt bzw. vom Obsorgeberechtigten bevollmächtigter Stellvertreter des Patienten (der Patientin) bin.

**Nach einer zahnärztlichen Behandlung kann die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein. Es wird davon abgeraten, ein Kraftfahrzeug zu lenken oder Maschinen zu betätigen.**

**Schriftliche ausgeführte Behandlungspläne und Fallplanungen sind kostenpflichtig. Bei Durchführung der geplanten Arbeiten erstatten wir Ihnen diese Planungspauschalen natürlich wieder zurück.**