

Anmeldeformular/
jährliche Aktualisierung der Daten



Zahnärzte

Dr. Petra Dunker & Dr. Dirk Gronewold

Embser Landstraße 25 · 28832 Achim · Tel.: 04202 - 63628
info@dunker-gronewold.de · www.dunker-gronewold.de

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Name, Vorname: _____

Geb.- Datum: _____

Telefon-Nr.: _____

Krankenkasse: _____

versichert über (sich selbst, Eltern): _____

besteht eine Zusatzversicherung ? ja nein

Hausarzt: _____

PLZ, Ort: _____

Straße, Hausnr.: _____

Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Privatversicherung: _____

Basistarif

Geb.- Datum Versicherter: _____

Beruf: _____

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von: _____

Ich habe die Patienteninformation zum Artikel 13 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen (Aushang im Wartezimmer). ja

Herz- Kreislaufbeschwerden

- Herzinfarkt
- Herzfehler
- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- andere Herzerkrankungen

Bluterkrankungen

- Gerinnungsstörungen, -hemmer (Marcumar, ASS, Eliquis, andere)
- verstärkte Blutungsneigung

Gefäßkrankungen

- Thrombose
- Durchblutungsstörungen

Infektionserkrankungen

- Hepatitis (Gelbsucht)
- HIV (Aids)
- andere _____

Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Schilddrüsenerkrankung

Hauterkrankungen / Schleimhauterkrankungen

Atemwegserkrankungen

- Nebenhöhlen Asthma
- Kehlkopf
- Lunge / Bronchien

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag? _____

Allergien: _____

Sonstiges:

- Niereninsuffizienz
- Tumorerkrankung _____

Epilepsie (Krampfanfälle)

- Rheuma
- Ohnmachtsneigung
- Erkrankung des Bewegungsapparates

Sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung?

ja, wegen _____

Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein? Welche?

Besteht eine Schwangerschaft?

ja, im ____ Monat

Sind Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt worden?

ja, Region _____

Zahn-Mund-Situation

Was ist der Grund des heutigen Besuches?

- allgemeine Kontrolle
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten
- Zahnfleischrückgang
- Kiefergelenkprobleme
- Kopf-, Nackenschmerzen
- anderes

Sind Sie mit der Stellung / Farbe / Form Ihrer Zähne zufrieden?

ja nein

Legen Sie Wert auf lokale Betäubung?

ja nein

Wir möchten Sie an die halbjährliche Vorsorge per SMS, Email oder Brief erinnern.

- SMS Email Brief
- keine Erinnerung

Wünschen Sie außerdem eine zeitnahe Erinnerung an Ihre vereinbarten Termine per SMS?

ja nein

Haben Sie Interesse an der professionellen Zahnreinigung (PZR)? ja nein

Datum, Unterschrift