



Zahnärzte

Dr. Petra Dunker & Dr. Dirk Gronewold

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

Anmeldeformular oder jährliche Aktualisierung der Daten

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 oder auf www.dunker-gronewold.de, Fußzeile "Datenschutz"). 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

Covid-19 (Corona) * Hepatitis (Gelbsucht) HIV (Aids) andere _____

*Patienten mit überstandener Covid-19-Infektion werden gebeten, eine 8-wöchige Karenzzeit einzuhalten, bevor sie wieder einen Termin in unserer Praxis wahrnehmen.

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit) Schilddrüsenerkrankung

Hauterkrankungen / Schleimhauterkrankungen _____

Atemwegserkrankungen

Nebenhöhlen Asthma Kehlkopf Lunge / Bronchien

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag? _____

bitte weiter auf Seite 2

Allergien: _____

Tumorerkrankung: _____

Erkrankung des Bewegungsapparates: _____

Sonstiges:

- Niereninsuffizienz Epilepsie (Krampfanfälle) Rheuma Ohnmachtsneigung

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