

ANMELDUNG



ZAHNARZT
KRIEGER

Patient

Name: geb:
Straße: PLZ/Ort:
Telefon: Mobile:
E-Mail: Beruf:

Öffnungszeiten

Montag: 9.00 - 20.00 Uhr
Dienstag: 8.00 - 18.30 Uhr
Mittwoch: 8.00 - 17.30 Uhr
Donnerstag: 8.00 - 13.00 Uhr
Freitag: 8.00 - 14.00 Uhr
(und nach persönlicher Vereinbarung)

Krankenkasse: Zusatzversichert Privat Basistarif Beihilfe
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?: Privat Telefonb. Internet

Versicherter

Name: geb:
Straße: PLZ/Ort:
Telefon: Mobile:
Arbeitgeber:

Wichtige Angaben

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, AIDS, MRSA-Keim, o.ä.):
- Herzkrankheiten (z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, angeborener Herzfehler, Endokartitis, o.ä.), wenn ja welche:
Aufgrund dessen Behandlung unter Antibiotikumschutz erforderlich? Ja Nein
- Allergie, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen, oder Sonstiges:
wenn ja, welche:
- Asthma Diabetes
- Schlaganfall Ohnmachtsanfälle Krampfanfälle (z.B. Epilepsie)
- Drogenabhängig Alkoholabhängig Raucher-/in

2. Haben Sie die Betäubung beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja Nein
Hinweis: Nach der örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!

3. Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen, welche?

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
(auch homöopathische Medikamente), (besonders wichtig: Blutverdünner)

5. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja (vorauss. Geb.-Termin:) Nein

6. Letzte Röntgenuntersuchung war am: welche Körperregion?

7. Möchten Sie an den Vorsorgetermin erinnert werden? Ja Nein

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern die Krankenversichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach der Behandlung eingelesen wird.

Datum: Unterschrift:

Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Ansgar Krieger

Lutterplatz 1 • 49565 Bramsche

05461 - 885877 • info@zahnarzt-in-bramsche.de • zahnarzt-in-bramsche.de

KSK Bersenbrück • IBAN: DE53 2655 1540 0029 4920 97 • BIC: NOLADE21BEB