

# Anmeldebogen - Praxis für Zahnheilkunde Dr. Joachim Rauch

Patientenname: ..... Mitgliedsname: .....

Vorname: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum : ..... Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....  
Straße PLZ Ort

Tel. privat: ..... Tel. tagsüber: ..... e-mail : .....

Krankenkasse:..... Beihilfeberechtigt : ja  nein

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Anschrift des Arbeitgebers: .....

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben :

## Leiden Sie unter

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: .....  Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankungen: .....  Ja  Nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV, usw.):.....  Ja  Nein

Innere Krankheiten: .....  Ja  Nein

Allergien: .....  Ja  Nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente (welche): .....  Ja  Nein

Besteht eine Schwangerschaft ? .....  Ja  Nein

Leiden Sie am grünen Star (Glaukom)? .....  Ja  Nein

Haben Sie öfters Kopfschmerzen ?.....  Ja  Nein

Haben Sie Probleme mit der Wirbelsäule, v.a. Schulter/Nackengebiet ?.....  Ja  Nein

Sonstiges: .....

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?.....

Sind Sie bereit, für qualitativ hochwertige Behandlungsmethoden (evtl. keine Kassenleistung)  
nach **Absprache mit den behandelnden Ärzten** Mehrkosten zu bezahlen?  Ja  Nein

## Möchten Sie spezielle Informationen über:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Prophylaxeprogramm         | <input type="radio"/> Parodontitisvorsorge |
| <input type="radio"/> Füllungstherapien / Inlays | <input type="radio"/> Zahnersatz           |
| <input type="radio"/> Ästhetische Zahnmedizin    | <input type="radio"/> Implantate           |

## Einwilligung nach Datenschutzgesetz:

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten sowie meine Behandlungsdaten elektronisch erhoben und gespeichert werden.

**Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt !**

Mir ist bekannt, dass nach einer örtlichen Betäubung meine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann !

Haar, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift