Dr. Michail Staschke • Schwabenmatten 1 • 79292 Pfaffenweiler

SYNODENT
Zahnarztpraxis

Anmeldebogen mit Angaben zum Gesundheitszustand
Im eigenen Interesse ist es wichtig alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß zu machen, um den Behandlungsverlauf möglichst sicher und erfolgreich zu gewährleisten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/in Name: _____ Vorname: _____ geboren: _____

Mitglied falls abweichend Name: _____ Vorname: _____ geboren: _____

Anschrift Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Krankenversicherung _____

Kontakt Tel./privat: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Beruf/Arbeitgeber Fa./Anschrift _____ Tel./Arbeitsplatz: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden: ☐ Internet ☐ Empfehlung ☐ Telefonbuch ☐ Zahnschild ☐ zufällig

Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand:

Herz-/Kreislauferkrankung (niedriger/hoher Blutdruck/ Thrombose/Herzinfarkt)	☐ Nein	☐ Ja	welche:_____
Haben Sie einen Allergiepass, sind Allergien bekannt ? (z.B. Latex, Penicillin)	☐ Nein	☐ Ja	welche:_____
Infektionskrankheiten (z.B. HIV/Hepatitis/Tuberkulose)	☐ Nein	☐ Ja	welche:_____
Erkrankung von Leber/Magen/Darm/Nieren	☐ Nein	☐ Ja	welche:_____
Bluterkrankungen (z.B. Blutarmut/Gerinnungsstörung)	☐ Nein	☐ Ja	welche:_____
Diabetes	☐ Nein	☐ Ja	welche:_____
Krankheit des Nervensystems (z.B. Epilepsie)	☐ Nein	☐ Ja	welche:_____
Grüner Star	☐ Nein	☐ Ja	welche:_____
Erkrankung der Atemwege (z.B. Asthma)	☐ Nein	☐ Ja	welche:_____
Nehmen Sie Medikamente ein	☐ Nein	☐ Ja	welche:_____
Kopfschmerzen/Migräne	☐ Nein	☐ Ja	welche:_____
Haben Sie andere, hier nicht aufgeführte Krankheiten	☐ Nein	☐ Ja	welche:_____
NUR BEI FRAUEN Sind Sie schwanger	☐ Nein	☐ Ja	welcher Monat_____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung: _____

Ich möchte von der Praxis an die halbjährlichen Kontrolluntersuchungen erinnert werden. ☐ Ja ☐ Nein

Ich bestätige, die vorangegangenen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Pfaffenweiler, den _____ _____
Datum Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigten

Ihre bei uns vereinbarten Termine sind Fixtermine. Die dafür benötigte Behandlungszeit wird ausschließlich für Sie freigehalten. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls behalten wir uns vor, die Ausfallzeit zu berechnen. Das Ausfallhonorar beträgt für die Professionelle Zahnreinigung 55,- € und für die zahnärztliche Behandlung je ausgefallene Stunde 150,- €. Massgeblich für die Terminierung ist der schriftliche Eintrag im Bestellbuch der Zahnarztpraxis. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass mit dieser Vorgehensweise einverstanden sind.

Pfaffenweiler, den _____ _____
Datum Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigten