Dr. Dirk Jaskolla + Bernfried Hauf
Zahnärzte

Anmelde-Formular

Patient (Name, Vorname)		geb.
Versicherter (Name, Vorname)	☐ Ehegatte ☐ Mutter/Vater	geb.
Straße		
Wohnort		Tel.-Nr.
Beruf		
Arbeitgeber		Tel.-Nr.
Krankenkasse		
Empfohlen durch		

	ja	nein
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden?	☐	☐
Sind Sie an einem umfassenden Vorsorge-Programm interessiert, um nie wieder Karies zu bekommen?	☐	☐
Wußten Sie, dass Karies eine Infektionskrankheit ist?	☐	☐
Haben Sie Interesse an Informationen zur Kariesentstehung und Kariesvermeidung?	☐	☐
Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, dass sich bei Ihnen der Zahnstein besonders schnell bildet?	☐	☐
Können Sie völlig unbeschwert in einen Apfel beißen oder ein Steak essen?	☐	☐
Haben Sie an Ihren Zähnen beobachtet, dass sie wandern oder länger werden?	☐	☐
Wünschen Sie eine Versorgung ohne Amalgam?	☐	☐

Viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb erbitten wir einige Angaben. Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns STRENG VERTRAULICH behandelt.

Risiko-Anamnese

	ja	nein
Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐
Überempfindlichkeit gegen Medikamente?	☐	☐
Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen?	☐	☐
Hatten Sie Gelbsucht?	☐	☐
(Nur für Patientinnen) Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft?	☐	☐

Leiden Sie an:

	ja	nein
Herz- oder Kreislauferkrankungen?	☐	☐
Ohnmachtsneigung?	☐	☐
Blutkrankheiten, Blutungsneigung?	☐	☐
Allergien?	☐	☐
Rheuma?	☐	☐
Zuckerkrankheit?	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung?	☐	☐
AIDS?	☐	☐
Sonstige Erkrankungen:	☐	☐

Datum der letzten Röntgen-Untersuchung:

Was wurde geröntgt:

Datum

Unterschrift des Patienten