



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: _____

Krankenvorgeschichte / Anamnese:

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

Hepatitis (Gelbsucht) HIV (Aids) andere _____

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit) Schilddrüsenerkrankung

Hauterkrankungen / Schleimhauterkrankungen _____

Atemwegserkrankungen

Nebenhöhlen Asthma Kehlkopf Lunge / Bronchien

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag? _____

Allergien: _____

bitte weiter auf der Rückseite

Tumorerkrankung: _____

Erkrankung des Bewegungsapparates: _____

Sonstiges:

- Niereninsuffizienz Epilepsie (Krampfanfälle) Rheuma Ohnmachtsneigung

Ist Ihnen ein Pflegegrad zuerkannt worden? Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3
 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

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

Falls Sie vergebene Termine nicht wahrnehmen können, geben Sie uns bitte telefonisch oder per Email Bescheid. Wir behalten uns vor, eine Ausfallgebühr von 50 € für nicht abgesagte Termine zu berechnen.

Ich habe die Patienteninformation zum Artikel 13 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen (Aushang im Wartezimmer oder auf www.dunker-gronewold.de, Fußzeile "Datenschutz") und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum, Unterschrift