



Praxis Prof. Dr. Peter-Michael Linck

Anmeldung – Fragen zur Gesundheit

Liebe Patientin, Lieber Patient

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

Patient/in
Herr/Frau/Kind Name Vorname geb.

Anschrift
Straße / Hausnummer Email

Postleitzahl / Ort Telefon Mobil

**Mitglied/
Zahlungspflichtige/r**
(bei Kindern Erziehungsberechtigte/r) Name Vorname geb.

Anschrift
Straße / Hausnummer Email

Name des
Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

- Ich bin pflichtversichert
- Ich bin freiwillig versichert
- Ich bin beihilfeberechtigt
- Ich bin privat zusatzversichert bei _____
- Ich bin privat versichert bei _____
- Ich bin Standardtarif-Versicherte/r gemäß § 257 Abs.2a SGB V.
- Ich bin nicht versichert
- Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)

Beruf des
Mitgliedes
Arbeitgeber Schüler / Student

Anschrift des
Arbeitgebers
Straße / Hausnummer Telefon

Postleitzahl / Ort

Wichtige Hinweise

- Die Praxis wird nach dem "Bestellsystem" geführt. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher freigegebene Behandlungszeiten werden daher in Rechnung gestellt !
- Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze nicht mehr fahrtüchtig sein können.
- Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit .

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie meiner Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihr Hausarzt:

Name Anschrift Telefon

- b) Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien ja nein _____
wenn ja, welche? _____
- c) Herzinfarkt ja nein
Nehmen Sie Marcumar? ja nein
Schlaganfall ja nein
Lähmungen ja nein
- d) Blutdruck niedrig
 normal
 hoch ggf. Werte? _____
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein ggf. welche? _____
4. Rauchen Sie? ja nein
5. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
 ungewiss ggf. wievielte Woche _____
6. Liegt / lag eine Unfallverletzung im Mund-/Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein Unfalldatum _____
Art der Verletzung _____
7. Sonstige Angaben / andere Krankheiten _____

Haben Sie ein akutes zahnmedizinische Problem?

Parodontose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aussehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kaufunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mundgeruch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	mit Zahnersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Füllungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kiefergelenk	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schadhafte Füllungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein Legen Sie eher Wert auf Funktion Aussehen

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

9. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung / Computertomographie? (Datum/Körperteil) _____
10. Ich bin an einem Prophylaxeprogramm interessiert ja nein

Wie / durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam: _____
Name, Telefonbuch, Praxisschild, Internet

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Datum _____

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r _____