

Anmeldung und Anamnesebogen

zur Behandlung in der Praxis Dr. Dr. Gerhard Leilich & PD Dr. Dan Brüllmann, Weißliliegasse 31,
55116 Mainz, Tel. 06131-224818, Fax 06131-2280901, E-Mail: info@oralchirurgie-weissliliegasse.de

Bitte vor der ersten Behandlung in unserer Praxis oder bei Änderungen der Angaben ausfüllen.
Zutreffendes bitte ankreuzen.

Patient: Frau/Frl./Herr _____ , _____ geb. _____
Name Vorname

Anschrift: _____
Telefon: Straße Nr. PLZ Ort
privat dienstl.

Krankenkasse: _____ Ort _____

Mitglied: Frau/Frl./Herr _____ , _____ geb. _____
Name Vorname

Arbeitgeber: _____ Ort _____

Überweisender Zahnarzt: _____

Überweisender Arzt: _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich Sie um die nachfolgenden Angaben:
Hatten oder haben Sie eine der genannten Erkrankungen?

		Ja	Nein
Infektionskrankheiten:	Hepatitis, Gelbsucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Syphilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen:	Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzmuskelentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzoperation, Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreislaufferkrankungen:	Zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien:	Penicillin-Allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Kontrastmittel-Allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Haben Sie einen Allergie-Pass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige Allergien: _____

Blutgerinnungsstörungen:	Bluter (Hämophilie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dialyse-Patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bitte ankreuzen: Einnahme von:	O Marcumar, O ASS, O Clopidogrel, O Pradaxa, O Xarelto, O Heparin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Haben Sie einen Bluter-Ausweis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstiges Blutungsübel: _____

Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grüner Star (Glaukom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krampfanfälle (z.B. Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Drogen? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte auch die Seite 2 beachten und ausfüllen! Danke.

Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen? O O
 Welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O O
 Welche? _____

Müssen Sie Immer/regelmäßig vor Eingriffen beim Zahnarzt ein Antibiotikum z. B. ein Penicillin einnehmen? O O

Nehmen Sie oder haben Sie zur Behandlung von Osteoporose/Knochenabbau Medikamente z.B. ein Bisphosphonat genommen? Falls zutreffend bitte ankreuzen! Ja Nein
O O

O Actonel, O Aredia, O Bondronat, O Bonafos, O Didronel, O Diphos, O Etidronat, O Fosamax, O Ostac, O Skelid, O Zometa, O ein anderes Medikament: _____

Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt? _____
 Warum? _____

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____
 Welche Körperregion? _____

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja _____ Woche Nein Ungewiss

Bitte zutreffende Anschriften eintragen:

Die Anschrift meines Zahnarztes lautet: Telefon-Nr.

Die Anschrift meines Hausarztes lautet: Telefon-Nr.

Die Anschrift meines überweisenden Facharztes lautet: Telefon-Nr.

Zahnimplantate und auf Implantaten befestigter Zahnersatz,

sowie alle damit in Zusammenhang stehenden Beratungen, Untersuchungen und weiteren Leistungen werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen und müssen dem Patienten privat nach den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung gestellt werden.

Seit dem 01.01.2005 gibt es im Rahmen der Festzuschussregelung und in bestimmten Ausnahmefällen auf Antrag Zuschüsse der gesetzlichen Krankenkassen, die allerdings nur den auf Implantaten befestigten Zahnersatz betreffen (Kronen, Brücken oder herausnehmbare Prothesen).

Dies habe ich zur Kenntnis genommen und werde solche Leistungen nur in Anspruch nehmen, weil ich die Erbringung dieser Leistungen ausdrücklich wünsche und diese Leistungen gemäß den oben genannten Gebührenordnungen bereit und in der Lage bin persönlich zu bezahlen.

Datum:

Unterschrift: