

**Anmeldung**

Patient

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Versicherter

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Anamnese**

Schwangerschaft: **Ja**  **Nein**

Herz- Kreislaufprobleme: **Ja**  **Nein**

Hoher Blutdruck: **Ja**  **Nein**

Infektionskrankheiten (HIV,...): **Ja**  **Nein**

Diabetes: **Ja**  **Nein**

Blutgerinnungsstörungen (Marcumar/ASS): **Ja**  **Nein**

Magen- Darmkrankheiten: **Ja**  **Nein**

Allergien / Unverträglichkeiten, wenn **Ja**  **Nein**

Welche: \_\_\_\_\_

Sonstige ernsthafte Erkrankungen: **Ja**  **Nein**

Welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? **Ja**  **Nein**

Welche: \_\_\_\_\_

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor? **Ja**  **Nein**

Welche Stufe: \_\_\_\_\_

**!!!!!!!!!!!! BITTE BEACHTEN SIE DIE RÜCKSEITE !!!!!!!!!!!**

**Trpimir Todoric**

**Zahnarzt**

Wohnsiger Weg 13

96260 Weismain

---

**Datenschutzrechtliche Einwilligung**

Frau/Herr \_\_\_\_\_

stimmt der Speicherung ihrer/seiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Sie/Er wird darauf hingewiesen, dass sie/er diese Zustimmung jederzeit schriftlich an die Praxis widerrufen kann. (Art. 7, Abs. 3 DSGVO)

---

Unterschrift

Die Krankenkassen werden Ihnen in Zukunft für bestimmte Leistungen mehr Geld erstatten, wenn Sie regelmäßig beim Zahnarzt waren. Damit sie dieses Geld nicht verschenken, erinnern wir Sie gerne kostenlos an Ihren nächsten Vorsorgetermin.

**Möchten Sie diesen Service nutzen?**

**Ja**

**Nein**

**Erklärung Terminversäumnis**

Ihre Zeit und Ihre Gesundheit sind uns wichtig! Deshalb wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Die Behandlung Ihrer Zähne erfolgt nach einem genau festgelegten Zeitplan. Ihre Behandlungszeit ist nur für Sie reserviert! Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher um Nachricht. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit 30 Euro pro Viertelstunde in Rechnung stellen müssen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_