



Dr. F. Schminke • Dr. N. Traxel-Schminke

Anmeldung

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Anschrift

Straße	Postleitzahl Ort	Telefon
--------	------------------	---------

Beruf

Telefon

Krankenkasse

privat versichert?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
--------------------	--------------------------	----------------------------

Mitglied

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung? ja nein

behandelnder Arzt: _____

Haben Sie zu hohen Blutdruck? ja nein

Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Haben Sie sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen? ja nein

Nehmen Sie Tranquilizer oder Beruhigungsmittel ein? ja nein

Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen? ja nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Sind Sie Zuckerkrank? ja nein

Leiden Sie unter Krampfanfällen (z.B. Epilepsie)? ja nein

Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung? ja nein

Sind Sie überempfindlich gegen Penicillin? ja nein

Sind Sie überempfindlich gegen zahnärztliche Betäubungsmittel? ja nein

Haben Sie sonstige Allergien? ja nein

gegen: _____

Haben oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht)? ja nein

Haben Sie AIDS? ja nein

Haben oder hatten Sie Tuberkulose? ja nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? ja nein

welche: _____

Sind Sie schwanger? ja nein

welcher Monat: _____

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

welches Organ: _____

Bitte beachten Sie, daß Ihre Fahrtüchtigkeit nach örtlicher Betäubung (Injektionen) beeinträchtigt sein kann!

Mit der Weitergabe meiner Daten an einen anderen Zahnarzt im Falle einer Praxisabgabe/-gemeinschaft bin ich einverstanden.

Für Privatversicherte:

Die zahnärztlichen Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) mit dem 1,8– bis 2,3–, bei Begründung mit bis zum 3,5–fachen des Gebührensatzes berechnet. Ich verpflichte mich, unabhängig von Erstattungsansprüchen gegen die Krankenkasse, Versicherung oder Beihilfe, das Entgelt entsprechend der GOZ nach Rechnungsstellung an die Gemeinschaftspraxis Dres. Traxel-/Schminke zu entrichten.

Datum:

Unterschrift:

Nr.: