



Dr. Nicole Traxel-Schminke  
Dr. Felix Schminke

# Anmeldung

## Anamnese

**Patient**

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

**Anschrift**

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

**Kontakt**

Beruf	Telefon
-------	---------

**Mail**

E-Mail Adresse (zur Terminbenachrichtigung)	Pflegegrad	1-5
---	------------	-----

**Krankenkasse**

Kasse	Sind Sie privat versichert?	ja	nein
-------	-----------------------------	----	------

**Mitglied**

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

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung? behandelnder Arzt: _____	ja	nein
--	----	------

Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Nehmen Sie Tranquilizer oder Beruhigungsmittel ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Sind Sie Zuckerkrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

Leiden Sie unter Krampfanfällen (z.B. Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Sind Sie überempfindlich gegen Penicillin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Sind Sie überempfindlich gegen zahnärztliche Betäubungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Haben Sie sonstige Allergien? gegen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Haben oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Haben Sie AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------

Haben oder hatten Sie Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Sind Sie schwanger? welcher Monat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? welches Organ: _____	<input type="text"/>	
--	----------------------	--

Bitte beachten Sie, daß Ihre Fahrtüchtigkeit nach örtlicher Betäubung (Injektionen) beeinträchtigt sein kann!  
Mit der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Praxistätigkeit und Weitergabe meiner Daten an einen anderen Zahnarzt im Falle einer Praxisabgabe/-gemeinschaft und der Verwendung meiner E-Mail Adresse zur Terminbenachrichtigung 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.: