

# Praxis für bewusste Zahngesundheit

## P. Katsiotas & J. Hildebrandt

Bergstraße 6, 31303 Burgdorf  
Telefon: 05136/81163 Fax: 05136/81146

---

### Anmeldebogen 2022

\_\_\_\_\_  
Patient/in Name                      Vorname                      Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer                      PLZ / Ort                      Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobil                      E-Mail                      Beruf

\_\_\_\_\_  
Versichert über Name                      Vorname                      Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer                      PLZ / Ort                      Telefon

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse/Zusatzversicherung?                      Sind Sie Gebührenbefreit für das Jahr 2022?

Besitzen Sie ein Bonusheft? Ja [ ] Nein [ ]

\_\_\_\_\_  
Ich bin auf ihre Praxis aufmerksam geworden durch:

\_\_\_\_\_  
In Bezug auf meine Zahnbehandlung ist mir besonders wichtig:

\_\_\_\_\_  
Haben sie Schmerzen im Kopf- oder Gesichtsbereich?

\_\_\_\_\_  
Wie zufrieden sind sie mit Ihrer Zahnfarbe?

**Gerne bieten wir Ihnen eine kostenfreie Terminerinnerung per SMS an.**  
Ja, bitte erinnern sie mich. [ ]      Nein, ich wünsche keine Terminerinnerung [ ]

**Wir bieten einen kostenlosen Erinnerungsservice an, über den Sie sich halbjährlich an Ihre Kontrolltermine erinnern lassen können. Möchten Sie sich an Ihre Kontrolltermine erinnern lassen?**    JA [ ]    Nein [ ]    Wie wünschen Sie kontaktiert zu werden? (Anruf, Telefonisch, E-Mail)  
\_\_\_\_\_

Befinden sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

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

Welche Medikamente nehmen sie ein? \_\_\_\_\_

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Materialien / Medikamente wie z. B gegen Penicillin

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen sie einen Allergiepass / Medikamentenpass / Röntgenpass? \_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzasthma, Angina Pectoris
- Herzschrittmacher
- Herzklappenersatz
- hatten sie einen Herzinfarkt
- nehmen sie gerinnungshemmende Medikamente

sonstiges: \_\_\_\_\_

- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Magen- Darmerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen

sonstiges: \_\_\_\_\_

- epileptische Anfälle/ Krämpfe
- Blutungsneigung
- Blutungsarmut
- Hepatitis A / B / C
- Tuberkulose
- Atemwegserkrankung
- HIV /AIDS

sonstiges: \_\_\_\_\_

Rauchen sie, wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Wann war ihre letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

- **Unser modernes Röntgengerät gewährleistet eine möglichst geringe Strahlendosis!**

Sind sie zurzeit schwanger, wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# **Praxis für bewusste Zahngesundheit**

**P. Katsiotas & J. Hildebrandt**

Bergstraße 6, 31303 Burgdorf  
Telefon: 05136/81163 Fax: 05136/81146

---

## **Datenschutzerklärung für Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Patientendaten ( DSGVO-EU Datenschutzgrundverordnung )**

Praxis für bewusste Zahngesundheit  
Bergstraße 6  
31303 Burgdorf  
Telefonnr. : 05136 81163  
Telefax : 05136 81146

Email : [info@zahnbewusst.de](mailto:info@zahnbewusst.de)

Webpräsenz : <http://www.zahnbewusst.de>

**Ich habe die Datenschutzerklärung für Erhebung und  
Verarbeitung personenbezogener Patientendaten  
ausführlich gelesen und stimme hiermit der Speicherung  
meiner personenbezogenen Daten zu.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Unterschrift Patient/in/Erziehungsberechtigter