

ZAHNZENTRUM

...einfach bessere Zähne



LIPPE

Patient: _____
Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Versicherte/r: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____
Postleitzahl Ort Straße Telefon-Nr.

Handy-Nr. E-Mail

Beruf: _____
Arbeitgeber Telefon-Nr. (Arbeitsplatz)

Krankenkasse Privat versichert _____
Name der Versicherung

Zahnzusatzversicherung JA NEIN Beihilfe berechtigt JA NEIN

Abweichende Rechnungsadresse:

Name Vorname

Straße

Postleitzahl Ort

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Kommen Sie als Überweisungspatient? JA NEIN _____
Hauszahnarzt

Wann und wo wurden Sie das letzte Mal geröntgt?
(Zähne/Hals/Kopfbereich) _____

Anmelde- und Erhebungsbogen

Dr. Dieter Mülke
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Dr. Thomas Hesse
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkt Mund- und Kieferchirurgie

Dr. Doreen Schwalbe
Zahnärztin, Tätigkeitsschwerpunkt
Kinderzahnheilkunde

Priv.-Doz. Dr. Wieland Heuer
Spezialist für Prothetik (DGPro)

Dr. Jan Schürmans
Zahnarzt

Dr. Bettina Mülke
Ärztin für Anästhesiologie,
ambulante Operationen

Fürstengartenstraße 3a
32756 Detmold

Tel. 0 52 31/61 61 9-0

Fax 0 52 31/61 61 925

info@zahnzentrumlippe.de

www.zahnzentrumlippe.de

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015
und der DIN ISO 15224 : 2012



Bitte Rückseite beachten!

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?
(z.B. Marcumar, ASS 100, Plavix, Bisphosphonate, ...)

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

(z.B. Herzkrankheiten, Kreislaufstörung, Infektionskrankheiten, Bluterkrankungen, Stoffwechselstörungen, Diabetes, ...)

Bestehen oder bestanden Infektionskrankheiten?

(z.B. Leberentzündung / Gelbsucht, Hepatitis, Tuberkulose, Aids / HIV positiv, ...)

Reagieren Sie überempfindlich oder allergisch auf bestimmte Stoffe/Medikamente/Materialien?

(z.B. Penicillin, Latex, Ibuprofen, ...)

Liegt ein Allergiepass vor?

JA NEIN

Besteht die Notwendigkeit einer Endokarditisprophylaxe?

JA NEIN

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____ Woche

JA NEIN

Wir erheben und verwenden Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der Bestimmungen des Datenschutzrechts der Bundesrepublik Deutschland.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die vorstehenden Angaben.

Datum: _____

Unterschrift: _____