

Dr. Eduard Scarlat
M.Sc.M.Sc. orale Implantologie und Parodontologie
Sendlinger Straße 60 – 80331 München
Telefon: 089 / 2608286
scarlat.zahnarzt@gmail.com

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Anmeldebogen mit Anamnese

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname:	_____	mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum:	_____	Name: _____
Adresse:	_____	Vorname: _____
	_____	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat:	_____	Geburtsort: _____
Mobiltelefon:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?
E-Mail:	_____	Name: _____
		Adresse: _____
Tel. Arbeitsplatz:	_____	
Versicherung:	_____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
freiwillig:	ja / nein	Dienstes? ja / nein
Zusatzversicherung:	ja / nein	

Wer hat uns empfohlen? _____

Haben Sie schon unsere neue Homepage www.scarlat-zahnarzt.de besucht?

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass?	ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis B?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis C?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?	ja / nein
Haben Sie grünen Star?	ja / nein

Haben Sie eine Prostataerkrankung? ja / nein
Haben Sie Asthma? ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? ja / nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	ja / nein
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	Hatten Sie jemals eine „Kiefervermessung“?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein	Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein		

Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? ja / nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja / nein
Möchten Sie darüber eine Beratung? ja / nein
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert? ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Wichtige Hinweise zur Organisation unserer Bestellpraxis

Beträge bis zu 250,00 Euro begleichen Sie bitte direkt an der Rezeption in bar, oder per Karte. Ihre Rechnung wird Ihnen unmittelbar ausgehändigt.

Die Qualität Ihrer Therapie liegt uns am Herzen. Daher behandeln wir ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit, im Einklang mit den anerkannt neuesten wissenschaftlichen Standards. Da dies nicht immer von Versicherungen gedeckt ist, sollten Sie bei jeder Behandlung mit einer privaten Zuzahlung rechnen. Fragen zur Höhe Ihrer Zuzahlung beantworten wir gerne. Sprechen Sie uns an !

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine reservieren. Dies erspart lange Wartezeiten, und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Für vereinbarte Behandlungstermine, die von Ihnen nicht wahrgenommen werden und nicht mindestens 48 Stunden vorher abgesagt worden sind, berechnen wir als Schadensersatz das auf die vorgesehene Behandlung entfallene Honorar, mindestens jedoch eine Pauschale von 125,00 Euro für jede halbe Stunde der vorgesehenen Behandlungszeit.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

München, _____

Unterschrift