



**Dr. Jörg Cavelius
Zahnarzt**

Maximilianstraße 35 E - 80539 München
Telefon: 089-294181 - Telefax: 089-296961

Bitte beantworten Sie uns möglichst vollständig alle Fragen, damit wir Sie optimal und risikoarm behandeln können. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Anmeldebogen mit Anamnese

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____ Handy: _____

email: _____

Versicherter: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____ Tel. Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse: _____ Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
pflichtversichert: ja / nein Dienstes? ja / nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam:

auf Empfehlung von: _____

Internet: Google Jameda Qype andere: _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?:

Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein

wenn ja: welche Allergien liegen vor: _____



**Dr. Jörg Cavelius
Zahnarzt**

Maximilianstraße 35 E - 80539 München
Telefon: 089-294181 - Telefax: 089-296961

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja / nein

wenn ja: welche: _____

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? 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? Woche ja / nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein:

Welche Behandlungsmethoden interessieren Sie besonders?

Ästhetische Zahnmedizin - schöne Zähne machen selbstbewusst:

Ästhetikanalyse, Zähne aufhellen, Zahnformoptimierung, zahnfarbene Füllungen ja / nein

Prophylaxe - nie mehr Karies:

Professionelle Zahnreinigung, Versiegelung, Bakterientest ja / nein

Modernste Parodontosebehandlung ja / nein

Implantate -festsitzender Zahnersatz ja / nein



**Dr. Jörg Cavelius
Zahnarzt**

Maximilianstraße 35 E - 80539 München
Telefon: 089-294181 - Telefax: 089-296961

Behandlung in Vollnarkose / Sedierung ja / nein

Ich möchte unverbindlich und kostenlos über neue Behandlungsmethoden Ihrer Praxis informiert werden ja / nein

Ich nehme gerne Ihren kostenlosen Patientenservice in Anspruch. Um meine Zahngesundheit zu fördern, erinnern Sie mich bitte an die notwendigen Vorsorgetermine ja / nein

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

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

EINWILLIGUNG

Der Patient bedarf der Einwilligung des Zahnarztes für die Abtretung der Ansprüche aus diesem Behandlungsvertrag einschließlich der Ansprüche, die auf Rückzahlung des eventuell zu viel bezahlten Zahnarzthonorars gerichtet sind. Der Forderungsübergang nach §67 Versicherungsvertragsgesetz (in der bis 31.12.2007 geltenden Fassung) und nach §86Abs.1 Versicherungsvertragsgesetz (in der ab 01.08.2008 geltenden Fassung) ist ausgeschlossen.

Datum _____

Unterschrift _____