

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit.

Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen sorgfältig aus, da zahnärztliche Behandlungen Auswirkung auf unterschiedlichste Krankheiten haben können. Vielen Dank!

Name, Vorname: _____ **geb. am:** _____
Strasse: _____ **PLZ / Ort:** _____
Beruf: _____ **Tel.:** _____ **Tel. Mobil:** _____
E-Mail: _____

Ich bin: gesetzlich versichert freiwillig versichert **Krankenkasse:** _____
 privat versichert Beihilfe Standardtarif / Basistarif **Krankenkasse:** _____
 versichert über: **Vorname des Mitglieds** _____ **Name :** _____ geb. am: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen abgeschlossen? Ja Nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein Welche Erkrankung? _____ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein Welche? _____ Nein

Besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit, Allergie gegen Materialien oder Medikamente? _____

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

- Herzinfarkt Schlaganfall Lähmung Wenn ja, wann? _____
- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Zu hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Hepatitis A B C |
| <input type="radio"/> Zu niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> HIV Infektion |
| <input type="radio"/> Asthma (schwere Atemnot) | <input type="radio"/> Tuberkulose |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Erhöhte Blutungsneigung |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Bluterkrankung |
| <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> MRSE(Multiresistente- Erreger) |

Hausarzt (Name, Adresse, Tel.) :

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf? Ja Nein
 Sind Sie an naturheilkundlichen Diagnose- und Therapiemaßnahmen interessiert? Ja Nein

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Ja Nein Wenn ja, welche Praxis _____

Schnarchen Sie? Ja Nein
 Haben Sie Atemaussetzer? Ja Nein

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche?

Bitte die nächste Seite auch ausfüllen!

Sind Sie Angstpatient? Ja Nein

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden? Ja Nein

Per E Mail

Per Telefon

Per Post

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch? _____

Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne wichtig? Ja Nein

Gerne können Sie eine gezielte Beratung zu speziellen Themen erhalten.
Sprechen Sie uns einfach an oder kreuzen Sie Ihre Wunschthemen an.

Karies- und Parodontosevorsorge

Professionelle Zahnreinigung

Zahnfarbtaufhellungen

Amalgamaustausch und Alternativmaterial

Hochwertige Füllungen aus Gold oder Keramik

Kronen und Brücken

Implantate

Für neue Patienten:

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? Ja Nein Wenn ja, von wem? _____

Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit!

Hinweis:

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Sollten Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, bitte ich um rechtzeitige Absage (spätestens 24 Stunden vorher). Für einen versäumten Termin kann Ihnen gemäß § 615 BGB die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweis:

Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie darauf hinweisen, dass bei einer Betäubung im Unterkiefer, einer so genannten Leitungsanästhesie, es in seltenen Fällen zu einer zeitweisen oder vollständigen Sensibilitätsstörung des Zungennerven kommen kann. Sollten Sie diese Form der Anästhesie nicht wünschen, teilen Sie uns das bitte vor der Behandlung mit.

Für Privatversicherte:

Mir ist bekannt, dass ich als privatversicherter Patient im Standardtarif nur Anspruch auf notwendige zahnmedizinische Leistungen habe, die mit den Leistungen des SGB V (so genannte Kassenleistungen) vergleichbar sind und einer Faktorbegrenzung unterliegen.

Sollten Sie zahnmedizinische Leistungen aus dem GOZ /HOZ Katalog wünschen, teilen Sie dies bitte vor der Behandlung mit! Diese Leistungen unterliegen dann nicht mehr der Faktorbegrenzung und werden von der Versicherung in der Regel so nicht erstattet.

Umgang mit personenbezogenen Daten: