



## Anmeldung (Anamnese) Bitte vor Behandlung ausfüllen und abgeben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihnen einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine optimale Organisation zu gewährleisten, benötigen wir von Ihnen einige Informationen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz.  
Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

<b>Patient</b>		
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Kind	Name	Vorname geb.
<b>Anschrift</b>		
Straße		Telefon
Postleitzahl	Ort	Mobil
<b>Mitglied / Zahlungspflichtiger</b>		
Name	Vorname	geb.
<b>Name der Krankenkasse</b>		<b>Zahnzusatzversicherung</b>
		(freiwillige Angabe) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name
<b>Beruf des Patienten</b> (freiwillige Angabe)		
Arbeitgeber	(freiwillige Angabe)	Telefon (freiwillige Angabe)
<b>E-Mail</b> (freiwillige Angabe)		

<b>Allgemeine Situation</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	
Allergien .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Asthma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hoher Blutdruck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reaktionen auf Spritzen (Mundbereich) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Medikamente ein? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Bisphosphonat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörungen (z. B. verlängerte Blutung) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberkulose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIV .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit (Diabetes) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestehen andere Erkrankungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Raucher .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Fortsetzung Anmeldung

### ■ Zahn-Mund-Situation

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie ...	ja	nein			
Zahnfleischbluten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Geräusche im Kiefergelenk? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schmerzen am Kopf/Nacken? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mundgeruch? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wie bewerten Sie den Zustand Ihres Mundes? .....	<input type="checkbox"/>	ausgezeichnet	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	mittelmäßig	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					schlecht

Gibt es etwas am Aussehen Ihrer Zähne, das Sie gerne ändern würden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:	ja	nein
Bleaching .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantate .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionelle Zahnreinigung (PZR) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurzelbehandlung (Endodontie) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann wurden Sie zuletzt im Mundbereich geröntgt? \_\_\_\_\_

Name / Anschrift bisherige Zahnarztpraxis \_\_\_\_\_

Wodurch oder durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und richtig beantwortet habe und mit der Teilnahme am Erinnerungsservice (Recall-Postkarte) einverstanden bin. Weiter verpflichte ich mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.  
– Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen. Für Fragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### Vereinbarung über das Einhalten von Terminen

Wir führen unsere Praxis als Bestellpraxis. Um die Wartezeiten für Sie möglichst kurz zu halten, bitten wir Sie, pünktlich zu Ihrem vereinbarten Termin zu erscheinen.

Bei einer Absage bzw. Verschiebung eines Termines gilt, dass der Termin mindestens 24 Stunden vorher abzusagen ist. Bei Nichteinhaltung des Termines oder einer verspäteten Absage bin ich bereit, pro 1/2 Stunde ein Ausfallhonorar von 48,00 EUR zu bezahlen, es sei denn, ich bleibe unverschuldet dem Behandlungstermin fern. In diesem Fall werde ich dem Zahnarzt die Gründe unverzüglich mitteilen.