

### Anmeldebogen

#### Sehr geehrter Patient,

Wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen und möchten Sie bitten zu Anfang unseren Bogen gewissenhaft auszufüllen. Dies ermöglicht uns bei einer Behandlung Ihren Erwartungen und Wünschen gerecht zu werden und die Therapie Ihrem Gesundheitszustand entsprechend zu gestalten. Falls Sie zu unserem Bogen Fragen haben, helfen wir Ihnen an der Rezeption gerne weiter.

#### Daten des Patienten:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ/Ort:	
Tel. privat:	Handy:	E-Mail:
* Beruf:	* Arbeitgeber:	(*freiwillige Angabe)
Hausarzt:	Dürfen wir von Ihnen ein Webcam Foto für Ihre Kartei machen?	
	JA	NEIN
Wie sind Sie versichert? Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> Gesetzlich	<input type="checkbox"/> Privat
	<input type="checkbox"/> Basisstarif	<input type="checkbox"/> Beihilfe
	<input type="checkbox"/> Haben Sie eine	

#### Falls Sie mitversichert sind, geben Sie bitte die Daten des Hauptversicherten zusätzlich an:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ/Ort:	Telefon:

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird (§§304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist nur eine Notversorgung möglich.

**Hinweis für gesetzlich krankenversicherten Patienten: Wird der Krankenschein/die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt eine private Rechnungslegung.**

#### Bestehen bei Ihnen-

##### Herz-/ Kreislaufkrankungen?

- Bluthochdruck
- Herzklappenfehler
- Herzschrittmacher
- Endokarditis(Herzinnenhautentzündung)
- Herzoperation
  
- Störungen der Blutgerinnung
- Anfallsleiden
- Nierenerkrankungen
- Drogenabhängigkeit

##### Infektionserkrankungen

- HIV / AIDS
- Hepatitis A/B/C
- Tuberkulose
- Sonstige
- Creutzfeldt Jakob Krankheit
  
- Asthma oder Lungenerkrankungen
- Diabetes (Zuckerkrank)
- Labiler Kreislauf/ häufige Ohnmacht
- Nikotinkonsum? <10 Zigaretten >10 Zigaretten

##### Allergien bzw. Unverträglichkeit

- Lokalanästhetika/ Spritze:
- Latex/ Kunststoff:
- Schmerzmittel:
- Metalle:
- Antibiotika:
- Sonstige Allergien

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? \_\_\_\_\_  
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_ Kinderwunsch? JA NEIN  
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Weshalb? \_\_\_\_\_  
Wann sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? \_\_\_\_\_  
Wann waren sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

**Ich verpflichte mich, alle Daten hinsichtlich meines Gesundheitszustandes und meines Versicherungsverhältnisses wahrheitsgetreu angeben zu haben und alle Änderungen, die sich diesbezüglich während des gesamten**

**Behandlungszeitraums ergeben, umgehend mitzuteilen. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.**

**Haben Sie häufig:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                             | <input type="checkbox"/> Kloßgefühl/ Engegefühl/ Schluckbeschwerden      |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Schulter-/Hals-/Nackebereich | <input type="checkbox"/> Zungenbrennen/ Schleimhautbrennen               |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkschmerzen                     | <input type="checkbox"/> Sehstörungen/ tränende Augen/ Schmerzen im Auge |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus (Ohrgeräusche)                   | <input type="checkbox"/> Nasensekretion                                  |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                                 | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen- /Kieferhöhlenentzündungen     |
| <input type="checkbox"/> Ohrenscherzen                             | <input type="checkbox"/> Schnarchen                                      |

Haben Sie besondere Erwartungen oder Ansprüche an uns?

---

Wie haben Sie zu uns gefunden: (Empfehlung etc.). Wer hat Sie empfohlen?

---

**Legen Sie besonderen Wert auf:**

- Schnelle Behandlung und reine Schmerztherapie ?
- Gefallen Ihnen ihre Zähne: -> Stellung der Zähne/Zahnfarbe/Form der Zähne?**
- Regelmäßige und individuelle Gesunderhaltung der Zähne
- Aufklärung über neue Behandlungsmethoden?
- Aufklärung über mögliche Neuversorgung Ihrer Zähne
- Aufklärung über Füllungsmaterialien und Alternativen

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unseren Bogen genau auszufüllen!

Jetzt können wir uns ganz individuell auf Sie einstellen und werden uns die größte Mühe machen Ihren eigenen Ansprüchen gerecht zu werden- den ersten Schritt zu einer vertraulichen und persönlichen Patienten- Praxisbeziehung haben Sie getan! Sollten Sie aus einem Grund unzufrieden sein, dann wenden Sie sich bitte ans Praxisteam, damit wir dies schnellstmöglich beheben können.

---

**Unser kostenloser Recall-Service für Sie:**

Wir möchten Ihnen diesen kostenlosen Service anbieten, damit Ihre Zähne gesund bleiben und Ihr Bonus gesichert bleibt.

Lassen Sie sich ab jetzt ganz einfach durch unser Recall-system zum halbjährlichen Zahnarztbesuch erinnern!  
Unser Gesundheits- Recall bedeutet für Sie:

- **Zahnschäden vermeiden statt reparieren**
- **Früherkennung von Munderkrankungen**
- **Bonus sichern**
- **Information über unsere Individualprophylaxe**

Denn moderne Forschungsprojekte haben gezeigt, dass regelmäßige Kontrolluntersuchungen, am besten in Verbindung mit einer professionellen Zahnreinigung, der sicherste Weg zu einem umfassenden Schutz der Zähne sind.

**Möchten Sie in unser Recall-system aufgenommen werden?**

Bitte ankreuzen!

- Ja, ich möchte individuell an meinen persönlichen Kontrolltermin erinnert werden!

➤  Anruf  E-Mail E-Mail-Adresse:

- Nein, ich möchte nicht erinnert werden!

**Berg, den**

**Unterschrift**

---