

Anmeldung

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben! Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Patient

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: Name:
Vorname/Titel: Vorname/Titel:
Straße: Straße:
PLZ/Ort: PLZ/Ort:
Geb.-Datum: Geb.-Datum:
Beruf: Beruf:
Arbeitgeber: Arbeitgeber:
Krankenkasse: Telefon privat:
Hausarzt:
Telefon privat: **Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?**
Fax privat: Empfehlung durch (bitte Namen nennen):
Handy:
E-Mail:
Telefon Arbeit:

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch (bitte Namen nennen):

Internet Gelbe Seiten Sonstiges:

Versicherungsverhältnis:

- Gesetzlich versichert
- Freiwillig versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

Ich wünsche eine Beratung zu:

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Zahnfleischbehandlung
- Sichere Amalgam-Entfernung
- Metallfreie Zahnbehandlung
- Zahnersatz
- Lückenschluss mit Zahnimplantat und Krone
- Feste Zähne statt Teilprothese
- Verbesserung des Prothesenhalts
- Feste Zähne statt Totalprothese
- Keramikfüllungen (Inlays)
- Keramik-Kronen und –Brücken
- Keramik-Verblendschalen
- Verschönerung meiner Zähne
- Zahnaufhellung
- Sonstiges:

Grund meines Zahnarztbesuchs:

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnlockerungen
- Zahnfleischbluten
- Fehlende Zähne
- Probleme mit Zahnersatz
- Neuer Zahnersatz
- Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen
- Sonstiges:

Liebe Patienten,
ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, auch diese Seite vollständig auszufüllen.

Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden. Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Ihr Zahnarzt

Dr. Joseph E.Henneberger

Angaben zum Gesundheits-Zustand

Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgende genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren Allergie-Pass zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit Medikamente einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein oder bringen Sie die Packungen zu Ihrem Besuch mit. Vielen Dank!

Nehmen Sie blutverdünnende
Medikamente ein?
 Nein
 Ja, und zwar: Marcumar
 Herz-ASS anderes

Nehmen Sie Medikamente
gegen
 Krebs oder Osteoporose ein?
 Nein Ja, und zwar
.....

Nehmen Sie regelmäßig andere
Medikamente ein?
 Nein Ja, und zwar

Haben Sie Allergien?
 Nein Ja, und zwar gegen

Rauchen Sie?
 Nein Ja: Wie viel?

Für Patientinnen: Sind Sie
schwanger?
 Nein Ja: In welchem Monat?

Erkrankungen

Ohnmachtsneigung
 Hoher Blutdruck
 Niedriger Blutdruck
 Herzklappenersatz
 Endokarditis
 Herz-Operationen
 Herz-Schrittmacher
 Herzinfarkt
 Schlaganfall
 Störungen der Blutgerinnung
 Immunerkrankungen (z.B. HIV)
 Wundheilungsstörungen
 Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Knochenmarks-Erkrankungen
 Frühere Bestrahlungen des
Kieferknochens
 Osteoporose
 Tumorerkrankungen
 Frühere Parodontose-Behandlung
 Drogenabhängigkeit
 Asthma/Lungenkrankheit
 Nervenerkrankungen
 Depressionen/Psychosen
 Lebererkrankungen
 Nierenerkrankungen

Epilepsie
 Magen-Darm-Erkrankungen
 Hepatitis. Welche?

.....

Sonstige:

.....

Meine Behandlungswünsche

Ich möchte das Beste für meine
Zähne. Bitte informieren Sie mich
über die für mich optimale
Behandlung, auch wenn meine
Krankenkasse möglicherweise nicht
alles erstattet.

Ich möchte nur mit örtlicher
Betäubung behandelt werden

Ich möchte nur bei
schmerzhaften Eingriffen eine
Spritze

Ich möchte genau über die
Behandlung informiert werden

Ich möchte so wenig wie
möglich davon wissen

Sonstiges:

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

Datum:

Unterschrift: