

# 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. Das

heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

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!

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, **beide** Seiten dieses Bogens 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. Thomas Wolf

**Patient**

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Geb.-Ort: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Krankenkasse: .....

Hausarzt: .....

Telefon privat: .....

Handy: .....

E-Mail: .....

Telefon Arbeit: .....

**Versicherungsverhältnis**

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Zum Basistarif privat versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

**Grund meines Zahnarztbesuchs**

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

**Versicherter (Eltern, Ehegatte)**

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Telefon privat: .....

**Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?**

- Empfehlung durch (bitte Namen nennen): .....
- Internet     Gelbe Seiten     Sonstiges: .....

**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: .....

Weiter auf Seite 2

## Angaben zum Gesundheits-Zustand

**Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente** können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend 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. Vielen Dank!

<p><b>Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?</b>  <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar  <input type="radio"/> Marcumar <input type="radio"/> Herz-ASS  <input type="radio"/> .....</p>	<p><b>Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?</b>  <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar  <input type="radio"/> .....</p>	<p><b>Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?</b>  <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar  <input type="radio"/> .....</p>
<p><b>Haben Sie Allergien?</b>  <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar gegen                  .....                  .....</p>	<p><b>Rauchen Sie?</b>  <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: Wie viel? .....</p> <p><b>Schnarchen Sie?</b>  <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p>	<p><b>Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?</b>  <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: In welchem Monat?                  .....</p>
<p><b>Erkrankungen</b>  <input type="radio"/> Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?                  .....</p> <p><input type="radio"/> Herzklappenersatz <input type="radio"/> Endokarditis  <input type="radio"/> Herz-Operationen <input type="radio"/> Herz-Schrittmacher  <input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Schlaganfall  <input type="radio"/> Störungen der Blutgerinnung  <input type="radio"/> Immunerkrankungen (z.B. HIV)  <input type="radio"/> Wundheilungsstörungen  <input type="radio"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)  <input type="radio"/> Knochenmarks-Erkrankungen  <input type="radio"/> Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens  <input type="radio"/> Osteoporose  <input type="radio"/> Tumorerkrankungen  <input type="radio"/> Frühere Parodontose-Behandlung  <input type="radio"/> Drogenabhängigkeit  <input type="radio"/> Asthma/Lungenkrankheit  <input type="radio"/> Nervenerkrankungen  <input type="radio"/> Depressionen/Psychosen  <input type="radio"/> Lebererkrankungen <input type="radio"/> Nierenerkrankungen  <input type="radio"/> Epilepsie  <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankungen  <input type="radio"/> Hepatitis. Welche? .....  <input type="radio"/> Sonstige:                  .....</p>	<p><b>Meine Behandlungswünsche</b>  <input type="radio"/> 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.  <input type="radio"/> Ich möchte nur mit örtlicher Betäubung behandelt werden  <input type="radio"/> Ich möchte nur bei schmerzhaften Eingriffen eine Spritze  <input type="radio"/> Ich möchte genau über die Behandlung informiert werden  <input type="radio"/> Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen  <input type="radio"/> Sonstige: .....</p> <p><b>Tipp:</b>                  Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr <b>Bonusheft</b> und Ihre <b>Krankenversichertenkarte</b> mit.</p> <p><b>X</b> .....</p> <p><b>(Datum/Unterschrift)</b></p>	<p><b>Terminvereinbarung</b>                  Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Website heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben: Bitte senden oder faxen Sie ihn uns ausgefüllt zu und kreuzen Sie unten an, in welcher Form die Terminvereinbarung erfolgen soll:  <input type="radio"/> Ich habe bereits einen Termin vereinbart.  <input type="radio"/> Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung an! (Telefonnummer siehe unten auf dieser Seite)  <input type="radio"/> Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an!                  Sie erreichen mich am besten unter folgender Telefonnummer und zu folgenden Zeiten:                  Telefon: .....                  Zeit: .....                  Vielen Dank für Ihr Vertrauen!                  Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.</p> <p><b>Ihr Praxis-Team</b>  <b>Dr. Thomas Wolf</b></p>

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

Zahnarztpraxis  
 Dr. Thomas Wolf  
 Frankfurter Landstr. 165  
 64291 Darmstadt-Arheilgen

Fax: 06151 - 37 11 65

### Service für Sie: Termin-Erinnerung (Recall)

Mit unserem Recall-System erinnern wir Sie bzw. Ihr Kind an Ihre regelmäßigen Kontrolltermine in unserer Praxis:

- Ich möchte an notwendige Kontrolltermine erinnert werden.
- Per Telefon: ..... (Telefonnummer)
- Per E-Mail: ..... (E-Mailadresse)
- Per SMS: ..... (Handynummer)
- Per Post

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

.....  
 Datum / Unterschrift