

# 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. Max Mustermann

## Patient

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Krankenkasse: .....

Hausarzt: .....

Telefon privat: .....

Fax privat: .....

Handy: .....

E-Mail: .....

Telefon Arbeit: .....

## Versicherungsverhältnis

Gesetzlich versichert

Freiwillig versichert

Beihilfeberechtigt

Private Zusatzversicherung

## Grund meines Zahnarztbesuchs

Kontrolluntersuchung

Zahnschmerzen

Zahnlockerungen

Zahnfleischbluten

Fehlende Zähne

Probleme mit Zahnersatz

Neuer Zahnersatz

Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne

Kiefergelenksprobleme

Zahnknirschen

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

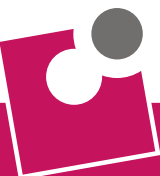
Keramik-Verblendschalen

Verschönerung meiner Zähne

Zahnaufhellung

Sonstiges:

.....



## 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!

**Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?**  
 Nein  Ja, und zwar  
 Marcumar  Herz-ASS  
 .....

**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**  
 Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?  
 .....  
 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  
 Sonstige: .....  
 .....  
**Tipp:**  
 Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr **Bonusheft** und Ihre **Krankenversichertenkarte** mit.  
  
  
 .....  
**(Datum/Unterschrift)**

**Terminvereinbarung**  
**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:**  
 Ich habe bereits einen Termin vereinbart.  
 Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung an! (Telefonnummer siehe unten auf dieser Seite)  
 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.  
  
**Ihr Praxis-Team**  
**Dr. med. dent. Udo Rohr**

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

Dr. med. dent. Udo Rohr  
 Dienstleistungszentrum Goldenbühl  
 Berliner Str. 23  
 78048 Villingen-Schwenningen

## 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

