

Praxis für ästhetische Zahnheilkunde
Dr. Claus Gasteyer · Dr. Jürgen Kollmann · Ines Görlich
 Richard-Wagner-Str.8 60318 Frankfurt
 Tel. : 069 - 55 70 45 e-mail: info@zahnarzt-frankfurt-main.com

Anmeldung ist vor der Behandlung ausfüllen und zu unterzeichnen. Bitte beachten Sie auch die zweite Seite!

Patient	Name:	Vorname:	Geb. Datum:
Versicherter, Zahlungspflichtiger	Name:	Vorname:	Geb. Datum:
Adresse	Straße:	Plz/ Ort:	
Telefon	Privat: Mobil:	Geschäftl.:	E-Mail:

Name der Krankenversicherung:	Adresse:	Sind Sie freiwillig versichert Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Kostenerstattung Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
----------------------------------	----------	--	---

Beruf des Mitglieds: _____ Arbeitgeber: _____

Für Ihre Patientenakte benötigen wir folgende Angaben. Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Adresse mit.

Allgemeine Anamnese

Bitte machen Sie Angaben zu folgenden Punkten

- a. allergische Reaktionen? Ja wenn ja welche? _____ Nein
- b. Herz-Kreislauf Erkrankungen Ja Nein
- c. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis) Ja Nein
- d. Diabetes Ja Nein
- e. Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
- f. sonstige Allgemeinerkrankungen Ja Nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja wenn Ja welche?: _____ Nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein
- Frauen: Sind Sie zur Zeit schwanger oder besteht derzeit
die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Wann fand bei Ihnen die letzte Röntgenuntersuchung statt? Datum : _____

Zahnmedizinische Anamnese

- Legen Sie Wert auf örtliche Betäubung? Ja Nein
- Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen? Ja Nein
- Haben Sie Zahnfleischbluten bemerkt? Ja Nein
- Ist bei Ihnen Zahnverlust durch Zahnlockerung oder Zahnfleischerkrankungen eingetreten? Ja Nein
- Haben Sie schlechten Geschmack oder Mundgeruch bemerkt? Ja Nein
- Sind Sie Raucher oder konsumieren Sie Tabak? Ja Nein
- Liegen od. lagen in Ihrem Verwandtenkreis bedeutenswerte Zahn-/ Munderkrankungen vor? Ja Nein
- Wie viel Zeit verbringen Sie täglich mit Ihrer Zahnpflege? weniger als 3 Min. mehr als 3 Min
- Welche Hilfsmittel verwenden Sie zur häuslichen Zahnhygiene?
- Interdentalraumbürste Zahnbürste Zahnseide Superfloss® Zahnhölzchen
- Elektrische Zahnbürste Zungenreiniger Zahnpasta Spüllösungen Fluoridgel
- Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt? Ja Wenn ja, wann? _____ Nein
- Wurde bei Ihnen ein Speichel-/ Bakterientest zur Bestimmung des Erkrankungsrisikos durchgeführt? Ja Nein
- Wenn ja, wann? _____
- Sind Sie bereits über "Professionelle Zahnreinigung" informiert worden? Ja Nein

Allgemeine Fragen

- Haben Sie Interesse an besseren zahnmedizinischen Leistungen, auch wenn diese nicht von den privaten oder gesetzlichen Versicherungen getragen werden? Ja Nein
- Stört Sie etwas an dem Aussehen Ihrer Zähne? Zahnfarbe Zahnstellung
- Möchten Sie Informationen über unser Intensiv-Vorsorgeprogramm? Ja Nein
- Möchten Sie unseren Recallservice/ Wiederbestellsystem nutzen und an Ihre regelmäßigen Vorsorgetermine erinnert werden? Ja Nein

Wer hat Sie auf unsere Praxis aufmerksam gemacht? _____

Warum haben Sie den Zahnarzt gewechselt? _____

Noch ein Hinweis:

Sehr geehrte(r) Patient(in),

wir führen eine Bestellpraxis, um unnötige Wartezeiten für unsere Patienten zu vermeiden.

Deshalb bitten wir Sie dringend, Ihre mit uns getroffene Terminvereinbarung einzuhalten.

Sollten Sie diese Terminvereinbarung einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie,

uns Ihre Absage **spätestens 48 Stunden vorher** mitzuteilen.

Andernfalls behalten wir uns vor, den durch Fernbleiben entstandenen Ausfallschaden in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit meiner Angaben und nehme die letztgenannten Hinweise zur Kenntnis.

Datum

Unterschrift