

Anmeldebogen

Praxis für Ästhetische Zahnheilkunde - Dr. Jürgen Kollmann - Dr. Claus Gasteyer - Frau Ines Görlich
www.zahnarzt-frankfurt-main.com - Richard-Wagner-Str. 8 - 60318 Frankfurt - Telefon: 069 - 55 70 45

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben! Ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache.
Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an.
Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen.
Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Herzlichen Dank!

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

Patient

Name: _____

Vorname / Titel: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ / Ort: _____

Straße: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Private Zusatzversicherung: Ja nein

Telefon privat: _____

Telefon mobil: _____

Telefon geschäftlich: _____

E-Mail: _____

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: _____

Vorname / Titel: _____

Geburtsdatum: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch (bitte Namen nennen):

Internet Ärztesuchportal

Sonstige: _____

Grund meines Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung
- Unzufriedenheit mit dem Aussehen der Zähne
- Zahnschmerzen
- Zahnlockerungen
- Zahnfleischbluten
- Fehlende Zähne
- Probleme mit vorhandenem Zahnersatz
- Wunsch neuer Zahnersatz
- Kiefergelenkprobleme
- Zähneknirschen
- Sonstiges: _____

Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Verschönerung meiner Zähne / Zahnstellung
- Keramik-Verblendschalen / Veneers
- Bonding
- Zahnaufhellung
- Zahnfleischbehandlung
- Keramik-Kronen und -Brücken, metallfreie Zahnbehandlung
- Zahnersatz oder Zahnimplantate und Kronen
- Feste Zähne statt Prothese
- Amalgam-Entfernung / zahnfarbene Füllung
- Sonstiges: _____

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

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.

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Nein Ja, nämlich: _____

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

Nein Ja, nämlich: _____

Haben Sie Allergien?

Nein Ja, und zwar gegen: _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Nein Ja, in welchem Monat: _____

Erkrankungen

Herz-Kreislaufkrankungen

Welche: _____

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Herzklappenersatz

Herzschrittmacher

Immunerkrankungen (z.B. HIV)

Frühere Parodontitis-Behandlung

Störungen der Blutgerinnung

Asthma / Lungenkrankheit

Depressionen/Psychosen

Lebererkrankungen

Nierenerkrankungen

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 Betäubung

Ich möchte genau über die Behandlung informiert werden

Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen

Sonstiges: _____

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr **Bonusheft** und Ihre **Krankenversichertenkarte** mit.

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben. _____

Datum Unterschrift

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell einen Ausfallschaden hat, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir wünschen daher, Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

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 Post Per Telefon Per Kurznachricht SMS

Per E-Mail. Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Ich bestätige, dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz gemäß DSGVO vorgelegt bekam.

Auch zum Download auf der Praxis-Webseite verfügbar.

_____ Datum Unterschrift