

Sehr geehrte Dame, Sehr geehrter Herr,

Vielen Dank, dass Sie uns Vertrauen schenken und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen.

Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Dies 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 natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Ihre Zahnärzte

Dr. Brigitte Bauer und Dr. Hans Peter Bauer

# Anmeldung

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt, was bedeutet dass wir die vereinbarte Behandlungszeit exklusiv für Sie reservieren. 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. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

## Patient

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Krankenkasse: .....

Hausarzt: .....

Telefon: .....

Handy : .....

Fax: .....

E-Mail: .....

Telefon Arbeit: .....

**Versicherter (Eltern, Ehegatte)**

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Telefon: .....

**Versicherungsverhältnis**

Gesetzlich versichert                       Freiwillig versichert

Beihilfeberechtigt                               Private Zusatzversicherung

**Grund meines Zahnarztbesuches**

Kontrolluntersuchung                               Zahnschmerzen

Zahnlockerungen                                       Zahnfehlstellungen

Zahnfleischbluten                                       Mundgeruch

Kiefergelenksprobleme                               Zähneknirschen

Probleme mit Zahnersatz                               Neuer Zahnersatz

Unzufriedenheit mit dem Aussehen der Zähne

Sonstiges:

.....

.....

**Ich wünsche eine Beratung zu:**

.....

.....

## **Angaben zum Gesundheitszustand**

### **1a) Haben/hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?**

- |                                                    |                                                      |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot)  | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen            |
| <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten          | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit             |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen   | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                    | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion               |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Osteoporose                 |
| <input type="checkbox"/> TBC                       | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen    |

### **1b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw.**

#### **Materialien**

- Ja  Nein

Wenn ja, welche?

.....  
.....

### **1c)**

- Herzinfarkt  
 Schlaganfall  
 Lähmungen
- Nehmen Sie Marcumar?  Ja  Nein

### **1d) Blutdruck**

- niedrig  
 normal  
 hoch

ggf. Werte?: .....

### **2) Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**

- Ja  Nein

**3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**

Ja                       Nein

wenn ja, welche?

.....  
.....

**4. Rauchen Sie?**

Ja                       Nein

**5. Besteht eine Schwangerschaft?**

Ja                       Nein                       Ungewiss

wenn ja oder ungewiss welche Woche?

.....

**6. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-/Kiefer oder Gesichtsbereich vor?**

Ja                       Nein

Unfalldatum: .....

Art der Verletzung: .....

**7. Sonstige Angaben/ andere Krankheiten**

.....  
.....

**8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?**

Ja                       Nein

*Bitte beachten Sie dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.*

9. Haben Sie einen Röntgenpass?     Ja                           Nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/ Computertomographie?  
(Datum/ Körperteil)

.....

10. Ich bin an einem Prophylaxeprogramm interessiert

Ja                           Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben.

.....                          .....

Datum                                  Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigter

Wie/ durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

.....

### Terminvereinbarung

Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Homepage heruntergeladen haben, bitte senden oder faxen Sie ihn uns ausgefüllt zu und kreuzen Sie unten die gewünschte Form der Terminvereinbarung an:

- Ich habe bereits einen Termin vereinbart
- Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung an (09241-6260)
- Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an

**Vielen Dank für Ihr Vertrauen! Wir freuen uns darauf Sie kennen zu lernen!**

**Ihr Praxisteam**

**Dr. Brigitte Bauer und Dr. Hans Peter Bauer**