

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit.

Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen sorgfältig aus, da zahnärztliche Behandlungen Auswirkung auf unterschiedlichste Krankheiten haben können. Vielen Dank!

Name, Vorname: _____ **geb. am:** _____

Strasse: _____ **PLZ / Ort:** _____

Beruf: _____ **Tel.:** _____ **Tel. Mobil:** _____

Ich bin: gesetzlich versichert freiwillig versichert **Krankenkasse:** _____

privat versichert Beihilfe Standardtarif / Basistarif

Krankenkasse: _____

versichert bei: **Vorname des Mitglieds** _____ **Name :** _____ geb. am: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen abgeschlossen? Ja Nein **Versicherung:** _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Welche Erkrankung? _____ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Welche? _____ Nein

Besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit, Allergie gegen Materialien oder Medikamente?

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

Herzinfarkt Schlaganfall Lähmung Wenn ja, wann? _____

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Zu hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Hepatitis A B C |
| <input type="radio"/> Zu niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> HIV Infektion |
| <input type="radio"/> Asthma (schwere Atemnot) | <input type="radio"/> Tuberkulose |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Erhöhte Blutungsneigung |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Bluterkrankung |
| <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Sonstiges |

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf? Ja Nein

Sind Sie an naturheilkundlichen Diagnose- und Therapiemaßnahmen interessiert? Ja Nein

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche? _____

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Ja Wenn ja, wo? _____

Sind Sie Angstpatient? Ja Nein

Bitte nächste Seite auch ausfüllen!

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?

Ja

Nein

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch? _____

Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne wichtig?

Ja Nein

Gerne können Sie eine gezielte Beratung zu speziellen Themen erhalten.
Sprechen Sie uns einfach an oder kreuzen Sie Ihre Wunschthemen an.

- Karies- und Parodontosevorsorge
- Professionelle Zahnreinigung
- Zahnfarbtaufhellungen
- Amalgamaustausch und Alternativmaterial

- Hochwertige Füllungen aus Gold oder Keramik
- Kronen und Brücken
- Implantate
- Gesunde Ernährung

Für neue Patienten:

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Ja Nein

Wenn ja, von wem? _____

Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit!

Wir nehmen uns Zeit für Sie! Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir um frühzeitige Absage. Vielen Dank!

Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweis:

Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie darauf hinweisen, dass bei einer Betäubung im Unterkiefer, einer so genannten Leitungsanästhesie, es in seltenen Fällen zu einer zeitweisen oder vollständigen Sensibilitätsstörung des Zungennerven kommen kann. Sollten Sie diese Form der Anästhesie nicht wünschen, teilen Sie uns das bitte vor der Behandlung mit.

Für Privatversicherte:

Mir ist bekannt, dass ich als privatversicherter Patient im Standardtarif nur Anspruch auf notwendige zahnmedizinische Leistungen habe, die mit den Leistungen des SGB V (so genannte Kassenleistungen) vergleichbar sind und einer Faktorbegrenzung unterliegen.

Sollten Sie zahnmedizinische Leistungen aus dem GOZ /HOZ Katalog wünschen, teilen Sie dies bitte vor der Behandlung mit! Diese Leistungen unterliegen dann nicht mehr der Faktorbegrenzung und werden von der Versicherung in der Regel so nicht erstattet.