

# Anmeldebogen

Wir freuen uns, 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 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.

**Hinweis zum Datenschutz nach DSGVO:** Mit Ihrer Unterschrift unter diese Anmeldung willigen Sie in die Speicherung und Weiterverarbeitung Ihrer Daten ausschließlich zum Zweck Ihrer zahnärztlichen Behandlung ein. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in unserer Praxis einsehbar.

Liebe Patientinnen, 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.

Mit Ihrer Unterschrift unter diese Anmeldung willigen Sie in die Speicherung und Weiterverarbeitung Ihrer Daten zum Zweck Ihrer zahnärztlichen Behandlung ein.

Sämtliche Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes gemäß DSGVO. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Ihre Zahnärztin

Beata Magdalena Gregorek

## Patient

Name: \_\_\_\_\_

Vorname/Titel: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon Arbeit: \_\_\_\_\_

## Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch (bitte Namen nennen):

\_\_\_\_\_

Internet  Gelbe Seiten  Sonstiges:

\_\_\_\_\_

## Grund meines Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnlockerungen
- Zahnfleischbluten
- Fehlende Zähne
- Probleme mit Zahnersatz
- Neuer Zahnersatz
- Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Versicherter (Eltern, Ehegatte)

*(nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben)*

Name: \_\_\_\_\_

Vorname/Titel: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

## Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Zum Basistarif privat versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

## Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Zahnfleischbehandlung
- 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: \_\_\_\_\_

Weiter auf Seite 2



# 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. 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  Eliquis  Pradaxa  Xarelto  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

## Haben Sie Allergien?

- Nein  Ja, und zwar gegen \_\_\_\_\_

## Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

- Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

## Rauchen Sie?

- Nein  Ja: Wie viel? \_\_\_\_\_

## Nehmen Sie sog. Bisphosphonate gegen Krebs oder Osteoporose?

- Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

## Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- Nein  Ja: \_\_\_\_\_

In welchem Monat? \_\_\_\_\_

## Erkrankungen

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?<br>_____ | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)               | <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenkrankheit   |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz                          | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                             | <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit       |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis                               | <input type="checkbox"/> Störungen der Blutgerinnung              | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Herz-Operationen                           | <input type="checkbox"/> Immunerkrankungen (z.B. HIV)             | <input type="checkbox"/> Depressionen/Psychosen   |
| <input type="checkbox"/> Herz-Schrittmacher                         | <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen                    | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                                | <input type="checkbox"/> Knochenmarks-Erkrankungen                | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen       |
|   | <input type="checkbox"/> Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens | <input type="checkbox"/> Epilepsie                |
|   | <input type="checkbox"/> Osteoporose                              | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen  |
|   | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen                        | <input type="checkbox"/> Hepatitis. Welche? _____ |
|   | <input type="checkbox"/> Frühere Parodontitis-Behandlung          |   |

## Sonstige Erkrankungen Welche?

## Service für Sie: Termin-Erinnerung (Recall)

Mit unserem Recall-System erinnern wir Sie bzw. Ihr Kind an Ihre regelmäßigen Kontrolltermine in unserer Praxis:

- Ich wünsche keine Termin-Erinnerung (Recall).  
 Ich möchte an notwendige Kontrolltermine erinnert werden.  
 Per Post  
 Per E-Mail: \_\_\_\_\_  
(E-Mailadresse)

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

## Tipp:

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

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

X \_\_\_\_\_

(Datum)

(Unterschrift)



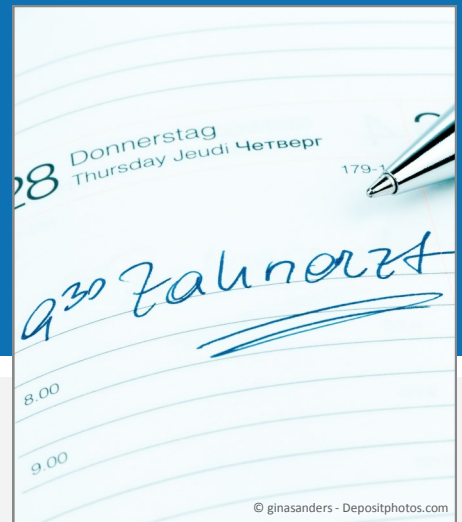
Damit Sie bei Ihrem ersten Praxis-Besuch nichts vergessen

# Checkliste für Neupatienten

Die wichtigsten Tipps auf einen Blick

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. Wir schätzen Ihr Vertrauen und werden alles daran setzen, dass Sie mit uns zufrieden sind. Bitte lesen Sie die folgende Checkliste aufmerksam durch, damit Sie alles Notwendige dabei haben, wenn Sie uns zum ersten Mal besuchen. Das erspart Ihnen und uns unnötige Nachfragen. Falls Sie vorab noch Fragen haben: Zögern Sie nicht, uns anzurufen!

Wir kümmern uns gerne um Ihr Anliegen und nehmen uns Zeit für Sie.



Damit Sie bei Ihrem ersten Termin  
bei uns nichts vergessen.

## Anmeldebogen

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen zu Ihrem ersten Besuch mit.

Falls Sie diesen nicht von uns zugeschickt bekommen haben, können Sie ihn von unserer Homepage herunterladen und ausdrucken. Selbstverständlich erhalten Sie ihn auch bei uns in der Praxis.

Der Anmeldebogen enthält Ihre persönlichen Daten und Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Sie können darin auch Ihre Wünsche für die zahnärztliche Behandlung angeben.

Wenn Sie mit Ihrem Partner und/oder mit Ihren Kindern kommen, füllen Sie bitte für jeden Einzelnen einen Bogen aus. Danke!

## Medikamenten-Liste

Wenn Sie momentan oder regelmäßig Medikamente einnehmen, sollten wir das wissen.

Bitte fertigen Sie eine Liste Ihrer Medikamente an und bringen Sie diese mit. Bei schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen, bitten wir Sie, die Beipackzettel Ihrer Medikamente mitzubringen.

Wir wollen sicher sein, dass es zu keinen unerwünschten Wechselwirkungen kommt.

## Allergie-Pass

Falls Sie an Allergien leiden, haben Sie von Ihrem Arzt einen solchen Pass bekommen. Bitte bringen Sie diesen mit, damit wir Ihre Allergien bei der zahnärztlichen Behandlung berücksichtigen können.

## Röntgen-Pass

Falls Sie einen solchen besitzen, bringen Sie auch diesen mit, damit wir eventuell notwendige Röntgen-Aufnahmen eintragen können. Wenn Sie keinen haben, erstellen wir Ihnen kostenlos und gerne einen neuen.

## Röntgen-Aufnahmen

Wenn **innerhalb der letzten beiden Jahre** Röntgen-Bilder Ihrer Zähne gemacht worden sind, sollten Sie uns auch diese mitbringen. Bitte fragen Sie Ihren bisherigen Zahnarzt danach. Er kann sie uns auch ggf. zuschicken.

## Implantat-Pass

Falls Sie schon Zahnimplantate haben und einen Implantat-Pass besitzen, bringen Sie diesen ebenfalls mit.

## Wenn Sie gesetzlich versichert sind:

Legen Sie uns bitte Ihre **Versichertenkarte** vor. Bitte prüfen Sie vorab, ob diese noch gültig ist. Beantragen Sie ggf. eine neue Karte bei Ihrer Krankenkasse.

Bringen Sie auch Ihr **Bonusheft** mit, damit wir Ihre Kontrolluntersuchung bestätigen können. Das Bonusheft hat nach wie vor Gültigkeit und kann bares Geld für Sie wert sein, falls Sie Zahnersatz benötigen.

*Falls Sie mit Ihrem Kleinkind zu uns kommen:*

## Das gelbe Kinderuntersuchungsheft

Bei Kindern zwischen dem 6. und 24. Lebensmonat (U5—U7) wird der Kinderarzt Sie bei Auffälligkeiten im Bereich der Schleimhaut, der Zähne und des Kieferwachstums Ihres Kindes zum Zahnarzt verweisen.

Im Zeitraum vom 30. bis 72. Lebensmonat sollten Sie zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung (U7a bis U9) den Zahnarzt aufsuchen. In diesen Fällen bringen Sie bitte das Gelbe Heft (Kinderuntersuchungsheft) mit.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

