

# 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: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

## Versicherter (Eltern, Ehegatte)

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

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

## Versicherungsverhältnis

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

## 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: \_\_\_\_\_

## 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><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?<br>_____ |
|   | <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)

