

# Anmeldebogen der Zahnarztpraxis Dr. Max Mustermann in Musterstadt

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 aber 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.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Herzlichen Dank!

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.

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

Vielen Dank!

Ihr Zahnarzt Dr. Max Mustermann

## Patient

Name: .....

Vorname: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Geb.-Ort: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Krankenkasse:  
.....

Hausarzt: .....

Telefon privat: .....

Handy: .....

E-Mail: .....

Telefon Arbeit: .....

## Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: .....

Vorname: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Geb.-Ort: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Telefon privat: .....

## Versicherungsverhältnis

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

## Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

O Empfehlung durch (bitte Namen angeben)

.....

O Internet     O Gelbe Seiten     O Sonstiges:

.....

## Ich wünsche eine Beratung zu

- O Mundgesundheits-Vorsorge (Prophylaxe)
- O Zahnfleischbehandlung
- O Zahnersatz
- O Zahnimplantate
- O Feste Zähne statt Prothesen
- O Verbesserung des Prothesenhalts
- O Verschönerung meiner Zähne
- O Zahnaufhellung
- O Alternativen zum Amalgam
- O Hilfe gegen Zähneknirschen
- O Sonstiges:

## Grund Ihres Zahnarztbesuchs

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

Weiter auf Seite 2 ►



**Zahnarztpraxis  
Dr. Max Mustermann**

Musterstraße 1  
12345 Musterstadt  
Tel. 00000 11 11 11  
[www.zahnarzt-musterstadt.de](http://www.zahnarzt-musterstadt.de)

# 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.

## Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Nein       Ja, und zwar     Eliquis       Pradaxa  
 Xarelto     Marcumar     Herz-ASS     Sonstige:

## Haben Sie Allergien?

Nein       Ja, und zwar

## Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

Nein       Ja, und zwar

## Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

Nein       Ja, und zwar

## Rauchen Sie?

Nein       Wenn Ja, wie viel pro Tag?

## Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Nein       Wenn Ja, in welchem Monat?

## Erkrankungen

Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?

.....  
 Herzklappenersatz  
 Endokarditis  
 Herzoperationen  
 Herzschrittmacher  
 Herzinfarkt  
 Schlaganfall

Störungen der Blutgerinnung  
 Autoimmunerkrankungen (z.B. HIV)  
 Wundheilungsstörungen  
 Diabetes (Zuckerkrankheit)  
 Knochenmarkserkrankungen  
 Schilddrüsenerkrankungen  
 Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens  
 Osteoporose  
 Tumorerkrankungen  
 Frühere Parodontitis-Behandlung  
 Drogenabhängigkeit

Asthma / Lungenkrankheit  
 Nervenerkrankungen  
 Depressionen / Psychosen  
 Lebererkrankungen  
 Nierenerkrankungen  
 Epilepsie  
 Magen-Darm-Erkrankungen  
 Hepatitis. Welche?  
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  
 Sonstige:

## Ihre 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 Spritze  
 Ich möchte genau über die Behandlung informiert werden  
 Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen  
 Sonstiges:

## Terminvereinbarung

Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Website heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben: Bringen Sie ihn ausgefüllt zu Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis mit oder senden Sie ihn uns vorab zu!

Wenn Sie bisher noch keinen Termin vereinbart haben, rufen Sie uns bitte an: **Tel. 00000 11 11 11**

Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen!

Ihr Praxis-Team Dr. Max Mustermann

## Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

## Unser Service für Sie: Terminerinnerung (Recall)

Mit unserem Recall-System erinnern wir Sie bzw. Ihr Kind an regelmäßige Kontroll- oder Prophylaxe-Termine in unserer Praxis.

### **Ich möchte an notwendige Termine erinnert werden**

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

**Zahnarztpraxis  
Dr. Max Mustermann  
Musterstraße 1  
12345 Musterstadt**

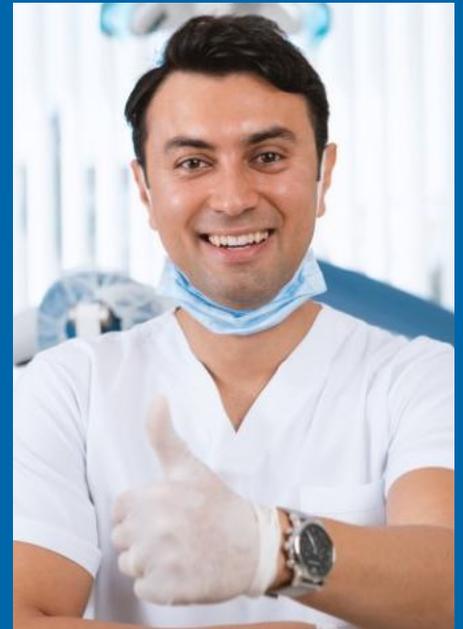
Fax: 00000 222222

# Checkliste für Neupatienten

**Damit Sie bei Ihrem ersten Besuch  
in unserer Praxis nichts vergessen**

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.



## 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!

## 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.

## 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.

## 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.

Das war es auch schon! Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und freuen uns auf Ihren Besuch!

Ihr Praxis-Team



**Zahnarztpraxis  
Dr. Max Mustermann**

Musterstraße 1  
12345 Musterstadt  
Tel. 00000 11 11 11  
[www.zahnarzt-musterstadt.de](http://www.zahnarzt-musterstadt.de)