

Anmeldung



Vielen Dank, 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. Vielen 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.

Danke, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Tim Stoltenberg &
Dr. Wolfgang Stoltenberg

Patient

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Telefon privat:

Handy:

E-Mail:

Telefon Arbeit:

Versicherungsverhältnis

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

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)

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Telefon privat:

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

☐ Empfehlung durch (bitte Namen nennen):

☐ Internet ☐ Gelbe Seiten ☐ Sonstiges:

Ich wünsche eine Beratung zu

- ☐ Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- ☐ Zahnfleischbehandlung
- ☐ Sichere 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 zum Gesundheits-Zustand

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

O

Haben Sie Allergien?

- ☐ Nein ☐ Ja, und zwar gegen

.....

.....

Erkrankungen

- ☐ Herz-Kreislauferkrankungen. Welche?

.....

- ☐ Herzklappenersatz ☐ Endokarditis
☐ Herz-Operationen ☐ Herz-Schrittmacher
☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall
☐ Störungen der Blutgerinnung
☐ Immunerkrankungen (z.B. HIV)
☐ Wundheilungsstörungen
☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)
☐ Knochenmarks-Erkrankungen
☐ Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens
☐ Osteoporose
☐ Tumorerkrankungen
☐ Frühere Parodontose-Behandlung
☐ Drogenabhängigkeit
☐ Asthma/Lungenkrankheit
☐ Nervenerkrankungen
☐ Depressionen/Psychosen
☐ Lebererkrankungen ☐ Nierenerkrankungen
☐ Epilepsie
☐ Magen-Darm-Erkrankungen
☐ Hepatitis. Welche?

- ☐ Sonstige:

.....

Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

- ☐ Nein ☐ Ja, und zwar

O

Rauchen Sie?

- ☐ Nein ☐ Ja: Wie viel?

Schnarchen Sie?

- ☐ Nein ☐ Ja

Meine 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

- ☐ Sonstige:

.....

Tipp:

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

X

(Datum/Unterschrift)

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

- ☐ Nein ☐ Ja, und zwar

O

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- ☐ Nein ☐ Ja: In welchem Monat?

.....

Terminvereinbarung

Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Website heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben: Bitte senden oder faxen Sie ihn uns ausgefüllt zu und kreuzen Sie unten an, in welcher Form die Terminvereinbarung erfolgen soll:

- ☐ Ich habe bereits einen Termin vereinbart.

- ☐ Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung an! (Telefonnummer siehe unten auf dieser Seite)

- ☐ Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an!

Sie erreichen mich am besten unter folgender Telefonnummer und zu folgenden Zeiten:

Telefon:

Zeit:

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

Ihr Praxis-Team

Tim Stoltenberg &

Dr. Wolfgang Stoltenberg

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

Gemeinschaftspraxis
Tim Stoltenberg & Dr. Wolfgang Stoltenberg
Wittekindstr. 42
44894 Bochum-Werne

Service für Sie: Termin-Erinnerung (Recall)

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

- ☐ Ich möchte an notwendige Kontrolltermine erinnert werden.

- ☐ Per Telefon: (Telefonnummer)

- ☐ Per Post

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

.....

Datum / Unterschrift

Damit Sie bei Ihrem ersten Praxis-Besuch nichts vergessen

Checkliste für Neu-Patienten

Die wichtigsten Tipps auf einen Blick

Danke, 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.

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Anmelde-Bogen

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anmelde-Bogen 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 Anmelde-Bogen 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.

Implantat-Pass

Wenn Sie schon Zahnimplantate haben und einen Implantat-Pass besitzen, legen Sie uns diesen bitte vor.

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.

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!

© Foto Blumen: Polina Katritch - Fotolia.com



Bonusheft: Nach wie vor gültig und bares Geld wert, wenn Sie Zahnersatz benötigen!

Haben Sie noch Fragen?

Falls Sie noch mehr wissen oder eine persönliche Beratung wollen: Wir sind gerne für Sie da!

Vereinbaren Sie jetzt Ihren persönlichen Beratungstermin. Wählen Sie

Tel. 0234 261470

Wir freuen uns auf Sie!

Mehr Informationen auf unserer Praxis-Website: www.zahnarzt-bochum-erne.de

