

# 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.

**Hinweis zum Datenschutz:** 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 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

Helmut Hirsch

## Patient

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Krankenkasse: .....

Hausarzt: .....

Telefon privat: .....

Fax privat: .....

Handy: .....

E-Mail: .....

Telefon Arbeit: .....

## Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
  - Freiwillig 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  
 .....

**Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?**  
 Nein  Ja, und zwar  
 .....


**Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?**  
 Nein  Ja, und zwar  
 .....

**Haben Sie Allergien?**  
 Nein  Ja, und zwar gegen  
 .....  
 .....

**Rauchen Sie?**  
 Nein  Ja: Wie viel?  
 .....

**Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?**  
 Nein  Ja: In welchem Monat?  
 .....

**Erkrankungen**  
 Herz-Kreislaufkrankungen. 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:  
 .....

**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.  
  
  
 .....  
**(Datum/Unterschrift)**

**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! **Telefon: 08706-944 900**  
 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**  
**Helmut Hirsch**  
**Vilsheim**

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

Zahnarztpraxis  
 Helmut Hirsch  
 Hauptstr. 15

D-84186 Vilsheim

Fax: 08706-944 901

### 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 E-Mail: ..... (E-Mailadresse)
- Per Post

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

.....  
 Datum / Unterschrift