

## Anmeldung

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

bitte lesen Sie diesen  
Anmeldebogen und  
beantworten Sie die Fragen  
möglichst vollständig. Sie  
helfen mir dadurch, die  
zahnärztliche Behandlung  
nach Ihren Wünschen genau  
und sicher durchzuführen.  
Alle Ihre Angaben unterliegen  
natürlich der ärztlichen  
Schweigepflicht.

Vielen Dank.

Patient/in (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Versicherte/r (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Adresse d. Patienten/in Straße	
Wohnort und PLZ	Telefon/Fax/Email-Adresse (privat)
Beruf	
Arbeitgeber	Telefon/Fax/Email-Adresse (beruflich)
Krankenkasse	

Viele Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre Angaben dienen dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Wir helfen Ihnen gerne bei den Antworten, wenn Sie sich nicht sicher sind. Da Ihr Gesundheitszustand sich im Lauf der Jahre verändern kann, werden wir Ihnen diese Fragen von Zeit zu Zeit wieder vorlegen.

<b>Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?</b>	
<b>Nehmen Sie Medikamente ein?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____		Herzklappenfehler/Klappenersatz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Bestehen Allergien / Unverträglichkeiten?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		Angina pectoris	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____		Herzinfarkt/Herzoperation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Wer ist Ihr Hausarzt / Facharzt (bzw. -ärztin)?</b>		Asthma/Lungenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____		Störung der Blutgerinnung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Telefon: _____		Diabetes (Zuckerkrankheit)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Sind bereits zahnärztliche Röntgenbilder gemacht worden?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? _____		Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____		Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		Magen-/Darmerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		Osteoporose (Biphosphonate!)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		Krebserkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		Grüner Star	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		Hepatitis (Gelbsucht)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		Aids	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		Sonstige Erkrankungen _____	
		_____	

**Bitte beachten Sie auch die Rückseite und bestätigen Sie dort die Angaben mit Ihrer Unterschrift.**

(intern)	
----------	--

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuchs?

- Kontrolluntersuchung
  - Zahnschmerzen
  - Zahnfleischprobleme
  - Funktionsstörungen, Kiefergelenk
  - Besondere Wünsche, Sonstiges
- 

Diese Praxis wurde mir empfohlen von:

---



Um Ihnen unnötige Wartezeit zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird meine Praxis nach dem Bestell-System geführt. Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie ihn bitte mindestens 24 Stunden vorher ab.

Bitte beachten Sie, dass nicht (rechtzeitig) abgesagte Termine von mir in Rechnung gestellt werden können.



Den praxiseigenen Parkplatz dürfen Sie gerne in Anspruch nehmen. Bitte vereinbaren Sie schon bei der Terminabsprache mit der Rezeption gegebenenfalls die Parkplatz-Nutzung.

Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer eventuellen örtlichen Betäubung am Behandlungstag nur eingeschränkt fahrtauglich sind und berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Die Fragen zu meinem Gesundheitszustand habe ich wahrheitsgemäß beantwortet sowie die obigen Regelungen zur Kenntnis genommen.

Mainz, den \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift d. Patienten/-in oder d. Erziehungsberechtigten)

### Das ganze Spektrum der modernen Zahnheilkunde

- Gründliche Diagnose und Beratung
- Professionelle Zahnreinigung, individuelle Prophylaxe und Mundhygiene-Beratung
- Verkauf preiswerter Mundhygiene-Artikel
- Individuelles „Recall“ (Wiederbestellsystem) auf Wunsch
- Füllungstherapie, je nach Wunsch mit den modernen zahnfarbenen Hybrid-Composite-Materialien oder auch mit herkömmlichem Silberamalgam
- Zahnärztliche Chirurgie, Parodontose-Behandlung, Endodontie (Wurzelfüllungen)
- Hochwertige und langlebige Prothetik
- Manuelle Funktionsanalyse und -therapie (Kiefergelenk) nach Professor Bumann
- Bleichen von verfärbten Zähnen, Zahnschmuck, auch auf Implantaten