

Anmeldeformular

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, Sie zum Thema Zahn-, Mund- und Kiefergesundheit umfassend beraten zu können und bieten Ihnen stets eine Behandlung nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen.

Wir setzen uns für eine optimale Therapie für jeden unserer Patienten ein und arbeiten bei allen Patienten qualitätsorientiert. Leider werden die Kosten einiger unserer Behandlungsmethoden nur teilweise von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen, da sie das " ausreichende, zweckmäßige und notwendige Maß " überschreiten.

Selbstverständlich werden Sie vor Behandlungsbeginn umfassend über die verschiedenen Möglichkeiten beraten. Nach Abschluss der Behandlung werden Ihnen die vereinbarten Mehrkosten privat in Rechnung gestellt.

So werden Sie mit den neuesten Therapiemöglichkeiten behandelt, Privatpatient oder Kassenpatient gleichermaßen.

Um die Zahnbehandlung durchführen zu können, benötigen wir von Ihnen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Patient (Name, Vorname) Geburtsdatum

Versicherter (Name, Vorname Vater/Mutter/Ehepartner) Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer) Postleitzahl, Ort

Telefon- / Handy-Nr. E-Mail

Beruf, Arbeitgeber (freiwillige Angabe)

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Ihre Zähne?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name und Telefonnummer)

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus.



Allgemeine Fragen zu Ihren Zähnen:

- Gefallen Ihnen Ihre Zähne? ja nein
- Haben Sie derzeit Probleme mit Ihren Zähnen, dem Zahnersatz oder dem Zahnfleisch? ja nein
- Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja nein
- Haben Sie Interesse daran, dass Sie regelmäßig an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Gesundheitsfragen:

Herz/ Kreislaufferkrankung

- Herzinfarkt Herzschrittmacher Herzklappe
 Blutdruck zu hoch Blutdruck zu niedrig Schlaganfall

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel, Bluterkrankung? ja nein

Unverträglichkeit von Medikamenten, Spritzen ja nein

Allergie, wenn ja, wogegen ja nein

AIDS/ HIV ja nein

Lebererkrankung, Hepatitis A/ B/ C ja nein

Tuberkulose ja nein

Nierenerkrankung ja nein

Magen- Darm- Erkrankung ja nein

Asthma ja nein

Grüner Star (Glaukom) ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Osteoporose ja nein

Tumorerkrankung ja nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche? ja nein

Datum, Unterschrift