

## 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