

Anmeldebogen



Zahnarztpraxis
Dr. Lothar von Wittken

Wir freuen uns, 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.

Herzlichen 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. Vielen Dank!

Ihr Zahnarzt

Dr. Lothar von Wittken

Patient
Name: _____
Vorname/Titel: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: _____
Hausarzt: _____
Telefon privat: _____
Handy: _____
E-Mail: _____
Telefon Arbeit: _____

Versicherter (Eltern, Ehegatte)
Name: _____
Vorname/Titel: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Telefon privat: _____

Versicherungsverhältnis
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert
<input type="checkbox"/> Privat versichert
<input type="checkbox"/> Zum Basistarif privat versichert
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt
<input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?
<input type="checkbox"/> Empfehlung durch (bitte Namen nennen): _____
<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Grund meines Zahnarztbesuchs
<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung
<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen
<input type="checkbox"/> Zahnlockerungen
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten
<input type="checkbox"/> Fehlende Zähne
<input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
<input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme
<input type="checkbox"/> Zähneknirschen
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Ich wünsche eine Beratung zu
<input type="checkbox"/> Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung
<input type="checkbox"/> Sichere Amalgam-Entfernung
<input type="checkbox"/> Metallfreie Zahnbehandlung
<input type="checkbox"/> Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Lückenschluss mit Zahnimplantat und Krone
<input type="checkbox"/> Feste Zähne statt Teilprothese
<input type="checkbox"/> Verbesserung des Prothesenhalts
<input type="checkbox"/> Feste Zähne statt Totalprothese
<input type="checkbox"/> Keramikfüllungen (Inlays)
<input type="checkbox"/> Keramik-Kronen und -Brücken
<input type="checkbox"/> Keramik-Verblendschalen
<input type="checkbox"/> Verschönerung meiner Zähne
<input type="checkbox"/> Zahnaufhellung
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Weiter auf Seite 2



Angaben zum Gesundheitszustand

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!

Rauchen Sie?

Nein Ja: Wie viel? _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Nein Ja: In welchem Monat? _____

Haben Sie Allergien?

Nein Ja, und zwar gegen _____

Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

Nein Ja, und zwar _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Nein Ja, und zwar > Marcumar Herz-ASS

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

Nein Ja, und zwar _____

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

Sonstiges: _____

Tipp:

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

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 E-Mail: _____ (E-Mailadresse)

Per Post

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



Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.



(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!
(Telefonnummer siehe unten auf dieser Seite)

Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an!

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

Telefon: _____ Zeit: _____

Vielen Dank für Ihr Vertrauen! Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

Ihr Praxis-Team
Dr. Lothar von Wittken

Anschreibenfeld passend für Fensterkuvert

Zahnarztpraxis
Dr. Lothar von Wittken
Josef-Lang-Str. 25
81245 München



Zahnarztpraxis Dr. Lothar von Wittken ■ Josef-Lang-Str. 25, 81245 München ■ Tel. 089 - 834 81 81

www.zahnarzt-muenchen-pasing.de