



Anmeldung & Anamnese für Neupatienten

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bitte beantworten Sie uns möglichst vollständig alle Fragen, damit wir Sie optimal und risikoarm behandeln können. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient/in _____ Geburtsdatum _____

Hauptversicherter _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Beruf des Versicherten _____ Arbeitgeber _____

Telefon privat _____ Telefon Firma _____

Telefax _____ Mobil _____

Email _____

Krankenversicherung _____ Beihilfe? (ja/nein) _____

1. Leiden Sie an ...

Erkrankungen (Herz, Kreislauf, Lunge, Nieren, Zucker, Schilddrüse etc.)?
_____ Nein Ja, folgende: _____

Allergien (Speziell auf Lokalanästhetika, Jod, Schmerzmittel, Metalle)?
_____ Nein Ja, folgende: _____

Vertragen Sie eine örtliche Betäubung gut (z.B. Reaktionen auf Adrenalin)?
_____ Ja Nein, folgende: _____

Blutgerinnungsstörungen?
_____ Nein Ja, folgende: _____

Infektionserkrankungen (Hepatitis B oder C, Tuberkulose oder andere)?
_____ Nein Ja, folgende: _____

Gab es Probleme bei früheren Zahnarztbehandlungen?
_____ Nein Ja, folgende: _____

Gab es Probleme bei früheren Narkosen?
_____ Nein Ja, folgende: _____

Wird Hilfe im Falle einer Narkose benötigt?
_____ Nein Ja, ich benötige Hilfe _____



Sind Sie HIV-infiziert?

_____ Nein Ja, _____

Für Frauen: Sind Sie schwanger?

_____ Nein Ja, Monat _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

_____ Nein Ja, folgende: _____

2. Welche Behandlungsmethoden interessieren Sie besonders?

_____ **Ästhetische Zahnmedizin** – schöne Zähne machen Selbstbewusst!
Ästhetikanalyse, Zähne aufhellen, Zahnformoptimierung, zahnfarbene Füllungen

_____ **Prophylaxe** – nie mehr Karies!
Professionelle Zahnreinigung, Versiegelung, Speicheltest

_____ **Modernste Parodontosebehandlung** – damit Sie auch morgen kraftvoll zubeißen können!
Gesteuerte Gewebe-Regeneration

_____ **Implantate** – festsitzender Zahnersatz
3D-Diagnose mittels Computertomographie

_____ **Behandlung in Vollnarkose**

_____ Weitere Themen _____

_____ Ja, ich möchte unverbindlich und kostenlos über **neue Behandlungsmethoden** Ihrer Zahnarztpraxis regelmäßig informiert werden.

_____ Ja, gerne nehme ich Ihren kostenlosen Patientenservice in Anspruch. Um meine Zahngesundheit zu fördern, erinnern Sie mich bitte an die notwendigen **Vorsorgetermine**.

3. Wie wurden Sie das erste Mal auf uns aufmerksam?

_____ **Auf Empfehlung von** _____

_____ **Branchenbuch:** _____ Gelbe Seiten _____ Das Örtliche _____ Sonstiges

_____ **Internet:** _____ Google_ _____ Gelbe Seiten _____ Muenchen.de _____ Sonstiges

_____ **Printanzeige in** _____

_____ **Sonstiges** _____

4. Einwilligung

Der Patient bedarf der Einwilligung des Zahnarztes für die Abtretung der Ansprüche aus diesem Behandlungsvertrag, einschließlich der Ansprüche, die auf Rückzahlung des eventuell zu viel gezahlten Zahnarzt Honorars gerichtet sind. Der Forderungsübergang nach §67 Versicherungsvertragsgesetz (in der bis 31.12.2007 geltenden Fassung) und §86Abs.1 Versicherungsvertragsgesetz (in der ab 01.08.2008 geltenden Fassung) ist ausgeschlossen.

Datum _____ Unterschrift _____