



## 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, Bleaching, 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 \_\_\_\_\_

Internet \_\_\_\_\_

Printanzeige in \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_



#### **4. Terminverbindlichkeit**

Wir bitten Sie Ihren Termin in unserer Praxis verbindlich wahrzunehmen und bei Erkrankung oder kurzfristiger Planänderung **24 Stunden im Voraus** abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen für nicht rechtzeitig abgesagte Termine ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen müssen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

#### **5. 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 Zahnarzthonorars 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 \_\_\_\_\_