



DR. APOSTOLOS DIGELOUDIS

DENTISTRY

YOUR SMILE . OUR PASSION

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: \_\_\_\_\_ Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-  
Vorname: \_\_\_\_\_ mitglied sind, wer ist Versicherter?  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Ort/PLZ: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen  
pflichtversichert: ja / nein Dienstes? ja / nein

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

### Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergien ( ) ja ( ) nein Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

### Zutreffendes bitte ankreuzen:

Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja / nein
Sind Sie Bluter? (Macumar, ASS)	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung?	ja / nein
HIV positiv?	ja / nein
Hepatitis B?	ja / nein
Hepatitis C?	ja / nein
Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Haben Sie grünen Star?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____ Woche	ja / nein

### Bitte wenden

 +49 511 353 997 30

 [info@hannover-zahnarzt.com](mailto:info@hannover-zahnarzt.com)

 [www.hannover-zahnarzt.com](http://www.hannover-zahnarzt.com)

 Karmarschstrasse 46  
30159 | Hannover ,Germany

### **Regelmäßige Vorsorge (Recall)**

Wir führen in unserer Praxis einen kostenlosen Erinnerungsdienst für regelmäßige Vorsorgebesuche (Prophylaxe) durch. Diesen können Sie jederzeit beenden. Möchten Sie hieran teilnehmen?

ja / nein

### **Wichtige Anmerkungen zur Behandlung in unserer Praxis:**

- \* Bitte beachten Sie, dass wir für Ihre Gesundheit auf das umstrittene Amalgam verzichten.
- \* Gegen einen geringen Aufpreis verwenden wir für Sie u.a. biologisch verträgliche, plastische Keramikfüllungen oder Vollkeramische Füllungen.
- \* Sollten Sie einmal außerhalb Ihres Termines Schmerzen oder Probleme haben, bieten wir Ihnen hierfür spezielle Zeiten an. Wir bitten hier um eine vorherige telefonische Terminvereinbarung.
- \* Wir führen eine Bestellpraxis. Das bedeutet, dass wir über ein Bestellsystem mit einem Terminkalender verfügen und die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert haben, nicht nur, um Ihnen die üblichen Wartezeiten zu ersparen, sondern auch, um uns vollständig auf Sie und Ihre Behandlung zu konzentrieren.
- \* Der/die mit Ihnen vereinbarte/n Behandlungstermin/e ist/sind vor diesem Hintergrund fix. Die Behandlungszeit wird allein für Sie freigehalten und kann in der Regel nicht, v.a. nicht kurzfristig, neu vergeben werden.
- \* Wir bitten Sie, den/die Termin/e unbedingt einzuhalten. Wenn Sie den/die vereinbarten Termin/e nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diese/n spätestens 48 Stunden vorher abzusagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit ggf. noch anderweitig nutzen bzw. planen können. Gern können wir dann auch einen neuen Termin vereinbaren.
- \* Diese Vereinbarung dient nicht nur organisatorischen Zwecken (Planung des Termins einschließlich Therapie und Behandlungsdauer), sondern begründet gleichzeitig beiderseitig vertragliche Pflichten. Wenn Sie den/die Termin/e nicht rechtzeitig bzw. fristgerecht absagen, müssen Sie damit rechnen, dass Ihnen der Ausfall, die geplante, ungenutzte Zeit und unten aufgeführte Vergütung, in Rechnung gestellt wird/werden.
- \* Unsere Abrechnung übernimmt ein Rechenzentrum für uns. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Abrechnung an die PVS dental (Rechenzentrum) weitergegeben werden.

### **Leistungsspektrum unsere Praxis**

Zertifizierte Implantologie DGI, Lasertherapie, Veneers, Prophylaxe, Parodontologie, Restaurative Zahnheilkunde  
Keramikrestorationen, Aufhellen der Zähne.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift