

Anmeldung



Vielen Dank, 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. Vielen 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. Thomas Wolf

Patient

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Geb.-Ort:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Telefon privat:

Handy:

E-Mail:

Telefon Arbeit:

Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Zum Basistarif privat versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

Grund meines Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnlockerungen
- Zahnfleischbluten
- Fehlende Zähne
- Probleme mit Zahnersatz
- Neuer Zahnersatz
- Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen
- Sonstiges:

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Telefon privat:

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

- Empfehlung durch (bitte Namen nennen):
- Internet Gelbe Seiten Sonstiges:


Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Zahnfleischbehandlung
- Sichere Amalgam-Entfernung
- Metallfreie Zahnbehandlung
- Zahnersatz
- Lückenschluss mit Zahnimplantat und Krone
- Feste Zähne statt Teilprothese
- Verbesserung des Prothesenhalts
- Feste Zähne statt Totalprothese
- Keramikfüllungen (Inlays)
- Keramik-Kronen und –Brücken
- Keramik-Verblendschalen
- Verschönerung meiner Zähne
- Zahnaufhellung
- Sonstiges:

Weiter auf Seite 2

Angaben zum Gesundheits-Zustand

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!

<p>Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar <input type="radio"/> Marcumar <input type="radio"/> Herz-ASS <input type="radio"/></p>	<p>Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar <input type="radio"/></p>	<p>Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar <input type="radio"/></p>
<p>Haben Sie Allergien? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar gegen </p>	<p>Rauchen Sie? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: Wie viel?</p> <p>Schnarchen Sie? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p>	<p>Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: In welchem Monat? </p>
<p>Erkrankungen <input type="radio"/> Herz-Kreislaufkrankungen. Welche? </p> <p><input type="radio"/> Herzklappenersatz <input type="radio"/> Endokarditis <input type="radio"/> Herz-Operationen <input type="radio"/> Herz-Schrittmacher <input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Schlaganfall <input type="radio"/> Störungen der Blutgerinnung <input type="radio"/> Immunerkrankungen (z.B. HIV) <input type="radio"/> Wundheilungsstörungen <input type="radio"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) <input type="radio"/> Knochenmarks-Erkrankungen <input type="radio"/> Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens <input type="radio"/> Osteoporose <input type="radio"/> Tumorerkrankungen <input type="radio"/> Frühere Parodontose-Behandlung <input type="radio"/> Drogenabhängigkeit <input type="radio"/> Asthma/Lungenkrankheit <input type="radio"/> Nervenerkrankungen <input type="radio"/> Depressionen/Psychosen <input type="radio"/> Lebererkrankungen <input type="radio"/> Nierenerkrankungen <input type="radio"/> Epilepsie <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankungen <input type="radio"/> Hepatitis. Welche? <input type="radio"/> Sonstige: </p>	<p>Meine Behandlungswünsche <input type="radio"/> 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. <input type="radio"/> Ich möchte nur mit örtlicher Betäubung behandelt werden <input type="radio"/> Ich möchte nur bei schmerzhaften Eingriffen eine Spritze <input type="radio"/> Ich möchte genau über die Behandlung informiert werden <input type="radio"/> Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen <input type="radio"/> Sonstige:</p> <p>Tipp: Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr Bonusheft und Ihre Krankenversichertenkarte mit.</p> <p></p> <p>(Datum/Unterschrift)</p>	<p>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:</p> <p><input type="radio"/> Ich habe bereits einen Termin vereinbart. <input type="radio"/> Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung an! (Telefonnummer siehe unten auf dieser Seite) <input type="radio"/> Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an! Sie erreichen mich am besten unter folgender Telefonnummer und zu folgenden Zeiten:</p> <p>Telefon: Zeit:</p> <p>Vielen Dank für Ihr Vertrauen! Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.</p> <p>Ihr Praxis-Team Dr. Thomas Wolf</p>

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

Zahnarztpraxis
 Dr. Thomas Wolf
 Frankfurter Landstr. 165
 64291 Darmstadt-Arheilgen

Fax: 06151 - 37 11 65

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 SMS: (Handynummer)
- Per Post

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

.....
 Datum / Unterschrift

Checkliste für Neupatienten

Damit Sie bei Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis nichts vergessen

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. Wir schätzen Ihr Vertrauen und werden alles daran setzen, dass Sie mit uns zufrieden sind. Bitte lesen Sie die folgende Checkliste aufmerksam durch, damit Sie alles Notwendige dabei haben, wenn Sie uns zum ersten Mal besuchen. Das erspart Ihnen und uns unnötige Nachfragen. Falls Sie vorab noch Fragen haben: Zögern Sie nicht, uns anzurufen!

Wir kümmern uns gerne um Ihr Anliegen und nehmen uns Zeit für Sie.

Anmeldebogen

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen zu Ihrem ersten Besuch mit.

Falls Sie diesen nicht von uns zugeschickt bekommen haben, können Sie ihn von unserer Homepage herunterladen und ausdrucken. Selbstverständlich erhalten Sie ihn auch bei uns in der Praxis.

Der Anmeldebogen enthält Ihre persönlichen Daten und Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Sie können darin auch Ihre Wünsche für die zahnärztliche Behandlung angeben.

Wenn Sie mit Ihrem Partner und/oder mit Ihren Kindern kommen, füllen Sie bitte für jeden Einzelnen einen Bogen aus. Danke!

Medikamenten-Liste

Wenn Sie momentan oder regelmäßig Medikamente einnehmen, sollten wir das wissen. Bitte fertigen Sie eine Liste Ihrer Medikamente an und bringen Sie diese mit.

Bei schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen, bitten wir Sie, die Beipackzettel Ihrer Medikamente mitzubringen. Wir wollen sicher sein, dass es zu keinen unerwünschten Wechselwirkungen kommt.

Allergie-Pass

Falls Sie an Allergien leiden, haben Sie von Ihrem Arzt einen solchen Pass bekommen. Bitte bringen Sie diesen mit, damit wir Ihre Allergien bei der zahnärztlichen Behandlung berücksichtigen können.

Röntgen-Pass

Falls Sie einen solchen besitzen, bringen Sie auch diesen mit, damit wir eventuell notwendige Röntgen-Aufnahmen eintragen können. Wenn Sie keinen haben, erstellen wir Ihnen kostenlos und gerne einen neuen.

Röntgen-Aufnahmen

Wenn innerhalb der letzten beiden Jahre Röntgen-Bilder Ihrer Zähne gemacht worden sind, sollten Sie uns auch diese mitbringen.

Bitte fragen Sie Ihren bisherigen Zahnarzt danach. Er kann sie uns auch ggf. zuschicken.

Implantat-Pass

Falls Sie schon Zahnimplantate haben und einen Implantat-Pass besitzen, bringen Sie diesen ebenfalls mit.