

Anmeldebogen der Zahnarztpraxis Dr. Thomas Schmidbauer in Dingolfing

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. Thomas Schmidbauer MSC

Patient

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Geb.-Ort:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Telefon privat:

Handy:

E-Mail:

Telefon Arbeit:

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Geb.-Ort:

Beruf:

Arbeitgeber:

Telefon privat:

Versicherungsverhältnis

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

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

☐ Empfehlung durch (bitte Namen angeben)

.....

☐ Internet ☐ Gelbe Seiten ☐ Sonstiges:

.....

Ich wünsche eine Beratung zu

- ☐ Mundgesundheits-Vorsorge (Prophylaxe)
- ☐ Zahnfleischbehandlung
- ☐ Zahnersatz
- ☐ Zahnimplantate
- ☐ Feste Zähne statt Prothesen
- ☐ Verbesserung des Prothesenhalts
- ☐ Metallfreie Zahnbehandlung
- ☐ Keramik-Inlays
- ☐ Keramikkrone und -brücke
- ☐ Verschönerung meiner Zähne
- ☐ Zahnaufhellung
- ☐ Alternativen zum Amalgam
- ☐ Hilfe gegen Zähneknirschen
- ☐ Sonstiges:

Grund Ihres Zahnarztbesuchs

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

Weiter auf Seite 2 ►



SCHMIDBAUER

ZAHNARZT · MASTER OF SCIENCE (MSC)
IMPLANTOLOGIE

Reisbacher Str. 18
84130 Dingolfing
Tel. 08731 6 00 17

www.zahnarzt-in-dingolfing.de

Angaben zu Ihrem 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.

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar ☐ Eliquis ☐ Pradaxa
☐ Xarelto ☐ Marcumar ☐ Herz-ASS ☐ Sonstige:

Haben Sie Allergien?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar

Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar

Rauchen Sie?

☐ Nein ☐ Wenn Ja, wie viel pro Tag?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

☐ Nein ☐ Wenn Ja, in welchem Monat?

Erkrankungen

☐ Herz-Kreislauferkrankungen. Welche?

.....
☐ Herzklappenersatz
☐ Endokarditis
☐ Herzoperationen
☐ Herzschrittmacher
☐ Herzinfarkt
☐ Schlaganfall

☐ Störungen der Blutgerinnung
☐ Autoimmunerkrankungen (z.B. HIV)
☐ Wundheilungsstörungen
☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)
☐ Knochenmarkserkrankungen
☐ Schilddrüsenerkrankungen
☐ Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens
☐ Osteoporose
☐ Tumorerkrankungen
☐ Frühere Parodontitis-Behandlung
☐ Drogenabhängigkeit

☐ Asthma / Lungenkrankheit
☐ Nervenkrankungen
☐ Depressionen / Psychosen
☐ Lebererkrankungen
☐ Nierenerkrankungen
☐ Epilepsie
☐ Magen-Darm-Erkrankungen
☐ Hepatitis. Welche?
☐ Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
☐ Sonstige:

Ihre 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:

Terminvereinbarung

Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Website heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben: Bringen Sie ihn ausgefüllt zu Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis mit oder senden Sie ihn uns vorab zu!

Wenn Sie bisher noch keinen Termin vereinbart haben, rufen Sie uns bitte an: **Tel. 08731 6 00 17**

Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen!

Ihr Praxis-Team Dr. Thomas Schmidbauer MSc

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Unser Service für Sie: Terminerinnerung (Recall)

Mit unserem Recall-System erinnern wir Sie bzw. Ihr Kind an regelmäßige Kontroll- oder Prophylaxe-Termine in unserer Praxis.

O Ich möchte an notwendige Termine erinnert werden

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

Zahnarztpraxis
Dr. Thomas Schmidbauer MSc Implantologie
Reisbacher Str. 18
84130 Dingolfing

Fax: 08731 6 00 07