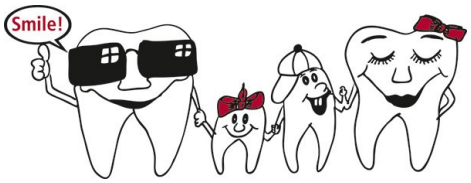
Anmeldung

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!

Ihre Zahnärztin für Kieferorthopädie

Dr. Sabine Ernst-Strauf

Patient

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Krankenkasse: .....

Hausarzt: .....

Telefon privat: .....

Handy: .....

E-Mail: .....

Telefon Arbeit: .....

Versicherungsverhältnis

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

Grund meines Praxisbesuchs

O Beratung Kieferorthopädie
O Empfehlung des Zahnarztes zur kieferorthopädischen Frühbehandlung
O Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
O Kiefergelenksprobleme
O Zähneknirschen
O Probleme beim Sprechen
O Sonstiges:

.....

.....

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Telefon privat: .....

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

O Empfehlung durch (bitte Namen nennen):

.....

O Internet **O** Gelbe Seiten **O** Sonstiges:

.....

Ich wünsche eine Beratung zu

O Kieferorthopädische Behandlung
O Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
O Verschönerung meiner Zähne
O 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!

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

O Nein O Ja, und zwar

O Marcumar O Herz-ASS

O .....

Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

O Nein O Ja, und zwar

O .....

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

O Nein O Ja, und zwar

O .....

Haben Sie Allergien?

O Nein O Ja, und zwar gegen

.....

.....

Rauchen Sie?

O Nein O Ja: Wie viel? .....

Schnarchen Sie?

O Nein O Ja

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

O Nein **O** Ja: In welchem Monat?

.....

Erkrankungen

O Herz-Kreislauferkrankungen. Welche?

.....

O Herzklappenersatz **O** Endokarditis

O Herz-Operationen **O** Herz-Schrittmacher

O Herzinfarkt **O** Schlaganfall

O Störungen der Blutgerinnung

O Immunerkrankungen (z.B. HIV)

O Wundheilungsstörungen

O Diabetes (Zuckerkrankheit)

O Knochenmarks-Erkrankungen

O Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens

O Osteoporose

O Tumorerkrankungen

O Frühere Parodontose-Behandlung

O Drogenabhängigkeit

O Asthma/Lungenkrankheit

O Nervenerkrankungen

O Depressionen/Psychosen

O Lebererkrankungen **O** Nierenerkrankungen

O Epilepsie

O Magen-Darm-Erkrankungen

O Hepatitis. Welche? .....

O Sonstige:

.....

Meine Behandlungswünsche

O 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.

O Ich möchte nur mit örtlicher Betäubung behandelt werden

O Ich möchte nur bei schmerzhaften Eingriffen eine Spritze

O Ich möchte genau über die Behandlung informiert werden

O Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen

O Sonstige: .....

.....

Tipp:

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr **Bonusheft** und Ihre **Krankenversichertenkarte** mit.

✗ .....

(Datum/Unterschrift)

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:

O Ich habe bereits einen Termin vereinbart.

O Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung an! (Telefonnummer siehe unten auf dieser Seite)

O Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an!

Sie erreichen mich am besten unter folgender Telefonnummer und zu folgenden Zeiten:

Telefon: .....

Zeit: .....

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

Ihr Praxis-Team

Dr. Sabine Ernst-Strauf

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

Kieferorthopädische Praxis
Dr. Sabine Ernst-Strauf
Neugasse 6
35510 Butzbach

Fax: 06033—97 26 94