## **Anmeldebogen**

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 Jürgen Grüner

Patient				
Name:				
Vorname/Titel:				
Straße:				
PLZ/Ort:				
GebDatum:				
Beruf:				
Arbeitgeber:				
Krankenkasse:				
Hausarzt:				
Telefon privat:				
Handy:				
E-Mail:				
Telefon Arbeit:				
Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?				
☐ Empfehlung durch (bitte Namen nennen):				
☐ Internet ☐ Gelbe Seiten ☐ Sonstiges:				
Grund meines Zahnarztbesuchs				
☐ Kontrolluntersuchung				
☐ Zahnschmerzen				
☐ Zahnlockerungen ☐ Zahnfleischbluten				
☐ Fehlende Zähne				
☐ Probleme mit Zahnersatz				
☐ Neuer Zahnersatz				
l <u> </u>				
☐ Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne				
☐ Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne ☐ Kiefergelenksprobleme ☐ Zähneknirschen				

Versicherter (Eltern, Ehegatte)
Name:
Vorname/Titel:
Straße:
PLZ/Ort:
GebDatum:
Beruf:
Arbeitgeber:
Telefon privat:
Versicherungsverhältnis
Gesetzlich versichert
☐ Privat versichert
☐ Zum Basistarif privat versichert
☐ Beihilfeberechtigt
Private Zusatzversicherung
Ich wünsche eine Beratung zu
☐ Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe) ☐ Zahnfleischbehandlung ☐ Amalgam-Entfernung

☐ Metallfreie Zahnbehandlung

☐ Feste Zähne statt Teilprothese☐ Verbesserung des Prothesenhalts

□ Feste Zähne statt Totalprothese
 □ Keramikfüllungen (Inlays)
 □ Keramik-Kronen und -Brücken
 □ Keramik-Verblendschalen
 □ Verschönerung meiner Zähne

☐ Lückenschluss mit Zahnimplantat und Krone

□ Zahnersatz

☐ Zahnaufhellung☐ Sonstiges:



Haynauer Straße 14 • 58332 Schwelm • Telefon 02336 10302





Weiter auf Seite 2

## 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. Vielen Dank!

Rauchen Sie?  □ Nein □ Ja: Wie viel?		Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?         □ Nein □ Ja: In welchem Monat?	
Haben Sie Allergien?  □ Nein □ Ja, und zwar gegen		Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?  ☐ Nein ☐ Ja, und zwar	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  ☐ Nein ☐ Ja, und zwar			Rig andere Medikamente ein?  nd zwar
Erkrankungen  Herz-Kreislauferkrankungen. Welche?  Herzklappenersatz Endokarditis Herz-Operationen Herz-Schrittmacher Herzinfarkt Schlaganfall	Störungen der Blutger Immunerkrankungen Wundheilungsstörung Diabetes (Zuckerkrank Knochenmarks-Erkran Frühere Bestrahlunge Osteoporose Tumorerkrankungen Frühere Parodontose- Drogenabhängigkeit	(z.B. HIV) gen kheit) ikungen n des Kieferknochens	□ Asthma/Lungenkrankheit     □ Nervenerkrankungen     □ Depressionen/Psychosen     □ Lebererkrankungen     □ Nierenerkrankungen     □ Epilepsie     □ Magen-Darm-Erkrankungen     □ Hepatitis. Welche?     □ Sonstige:
Meine Behandlungswünsche  ☐ Ich möchte das Beste für meine Zähne. Bitte informieren Sie mich über die für mich optimale Behandlung, auch wenn meine Krankenkasse möglicher weise 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:  Tipp:  Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr Bonusheft und Ihre Krankenversichertenkarte mit.		zugesandt bekomme zu und kreuzen Sie un gen soll:  Ich habe bereits e Ich rufe Sie in der (Telefon: 02336 -	eldebogen von unserer Website heruntergeladen oder n haben: Bitte senden oder faxen Sie ihn uns ausgefüllt nten an, in welcher Form die Terminvereinbarung erfolinen Termin vereinbart.  Praxis zur Terminvereinbarung an!  10302)  Prtrauen! Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.
Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.		1000 AMERIC	

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

(Unterschrift)

Zahnarztpraxis Jürgen Grüner Haynauer Str. 14

(Datum)

58332 Schwelm

Fax: 02336 - 44 46 69



Praxis-Adresse scannen & speichern

Scannen Sie den QR-Code unserer Praxis-Adresse mit Ihrem Smartphone und speichern Sie sie in Ihren Kontakten ab! So können Sie bei Bedarf jederzeit darauf zugreifen.

Apps zum Scannen finden Sie in den App-Stores.



Haynauer Straße 14 • 58332 Schwelm • Telefon 02336 10302

www.zahnarzt-schwelm-wuppertal.de

