



**Herzlich willkommen!**

Bevor Sie uns Ihre Zähne zeigen, bitten wir Sie diesen Bogen auszufüllen und bei Ihrem Termin an der Anmeldung abzugeben. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

	<b>Patient/in</b>		<b>Versicherte/r</b>
Name		Name	
Vorname		Vorname	
geb.am		geb.am	
Straße		Straße	
PLZ/ Ort		PLZ/ Ort	
Tel.: priv.		Tel.: priv.	
Tel.: gesch.		Tel.: gesch.	
Mobil		Mobil	
Email		Email	
Beruf		Beruf	
Arbeitgeber		Arbeitgeber	
Krankenkasse		Krankenkasse	

Sind Sie in einem Standardtarif versichert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Beihilfe versichert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Empfohlen von, bzw. überwiesen durch:

**Ihr Hauptanliegen** (zutreffendes in den grauen Feldern bitte ankreuzen oder ausfüllen)

<b>Kontrolluntersuchung ?</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Beschwerden ?</b> Wenn ja, bitte rechte Seite ausfüllen	<input type="checkbox"/>	Zahnschmerzen ?
	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbeschwerden ?
	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Mundgeruch?
	<input type="checkbox"/>	Zähne gelockert
	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenkbeschwerden ?
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:
<b>Beratung/ Behandlung ?</b> Wenn ja, bitte rechte Seite ausfüllen	<input type="checkbox"/>	natürliche unsichtbare Füllungen und Zahnersatz
	<input type="checkbox"/>	Kinderzahnheilkunde
	<input type="checkbox"/>	Versiegelungen von Zähnen
	<input type="checkbox"/>	Vorsorge und Putzanleitungen
	<input type="checkbox"/>	Professionelle Zahnreinigung
	<input type="checkbox"/>	Zahnaufhellung (Bleichen)
	<input type="checkbox"/>	Behandlung in Vollnarkose
	<input type="checkbox"/>	Systematische Zahnfleischbehandlung
	<input type="checkbox"/>	Implantate (künstliche Zahnwurzeln)
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	

## Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 48 Stunden vorher abgesagt wurden, in Rechnung gestellt werden.

## Bonusregelung für Zahnersatz bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse

Sie bekommen den vollen Zuschuss von Ihrer Krankenkasse nur bei regelmäßigen Kontrolluntersuchungen.

	ja	nein
Wünschen Sie eine regelmäßige schriftliche Erinnerung an Ihre Kontrolluntersuchung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie Informationen über unser Vorsorgeprogramm zur Vermeidung von Zahnerkrankungen (Prophylaxeprogramm)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wünsche nur die Behandlung nach Kassenrichtlinien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Bestehen gesundheitliche Risiken?

Herz-, Kreislaufleiden: z.B. Bluthochdruck, Infarkt, Herzschrittmacher, Endokarditis

sonstiges

Stoffwechselerkrankungen: z.B. Diabetes (Zuckerkrankheit), Schilddrüsenerkrankungen  
.

Allergie:(z.B. gegen Medikamente).....  
sonstiges

Magen-, Darm-, Leber-, Nierenleiden  
sonstiges

Nervenerkrankungen (Epilepsie, Krampfanfälle)..

Infektionskrankheiten: z.B. AIDS, Hepatitis, Tuberkulose)

sonstiges

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?....

wenn ja welche?

Blutungsneigung (Hämophilie) (gerinnungshemmende Medikamente).  
sonstiges

Tumorerkrankungen.  
sonstiges

Waren oder sind Sie drogenabhängig?.....

sonstiges

sonstige Erkrankungen: z.B. Rheuma, Migräne, Asthma, etc.....

Besteht eine Schwangerschaft?...  
in welchem Monat?

Bitte geben Sie auch den Namen und die Adresse Ihres Hausarztes an:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.

Datum:

Unterschrift: