

# Dr. Wolfgang Hoffmann - Dr. Kai-Lüder Glinz

## Zahnärzte – Praxisgemeinschaft

### Anmeldung

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne! Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen, die Sie uns geben, der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir führen eine Bestellpraxis. Das bedeutet, dass für Sie fast keine Wartezeiten entstehen. Wir bitten Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, diesen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da sonst die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden kann. Bitte teilen Sie uns Ihre Handynummer/Mailadresse mit, damit wir Ihre Termine bestätigen können.

Jedoch werden viele unserer Behandlungsmethoden nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen bezahlt. In der Regel werden Sie persönlich für die Behandlung aufkommen müssen. Wir informieren Sie während der Behandlung bei uns über den Umfang dieser Leistung, die Ihnen aber auch als Kassenpatient die Möglichkeiten einer zahnärztlichen Behandlung auf höchstem Niveau eröffnet.

**Kassenpatienten sind bei uns nicht "Patienten zweiter Klasse"! Wir setzen uns für die optimale Zahnpflege und -erhaltung eines jeden unserer Patienten ein.**

Ihr Praxisteam  
Dr. Hoffmann & Dr. Glinz

### Patient

Name | Vorname \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

PLZ | Ort \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse | Versicherung \_\_\_\_\_

privat       gesetzlich       Rentner       Beihilfe

### Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied

Name | Vorname \_\_\_\_\_ PLZ | Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von \_\_\_\_\_

Weshalb kommen Sie zu uns? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wichtig: Bitte machen Sie auf der Rückseite dieses Blattes Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand!**

Um Sie optimal und risikolos behandeln zu können, benötigen wir Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Bitte beantworten Sie uns die folgenden Fragen.

Vielen Dank!

### Befinden Sie Sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

- Nein  Ja, wegen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie zur Zeit Medikamente oder Betäubungsmittel ein?

- Nein  Ja, nämlich \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Reagieren Sie empfindlich (allergisch) auf bestimmte Medikamente oder sind weitere Allergien bekannt?

- Nein  Ja, ich reagiere empfindlich auf \_\_\_\_\_

### Leiden oder litten Sie an nachfolgend genannten Krankheiten

- Gelenkrheumatismus  Lebererkrankungen  Herzerkrankungen/künstliche Herzklappen  
 epileptische Anfälle  Diabetes  künstliche Organe (Niere)  künstliche Gelenke  
 Augenerkrankungen  Sonstiges:

### Haben oder hatten Sie eine ansteckende Erkrankung wie Hepatitis, AIDS oder ähnliches?

- Nein  Ja \_\_\_\_\_

### Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- Nein  Ja, im \_\_\_\_\_ Monat

### Haben Sie besondere Wünsche oder Anregungen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Ich wünsche **keine** Terminerinnerung per Telefon oder email.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sowie Änderungen der übrigen Daten mit!**