



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 Sie an Ihre Termine erinnern können.

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

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.

Ihre Zahnärzte Praxis Mauer
Dr. Hoffmann
Dr. Glinz
Dr. Schleich

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.

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?

- Nein Ja, wegen

- Behandelnder Arzt

Bitte beantworten Sie uns die folgenden Fragen.

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

- Nein Ja, nämlich

Vielen Dank!

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
 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.

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

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar

Datum _____ Unterschrift _____