

Anmeldebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,

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

Dr. Daniel R. Fuhrmann

Patient

Name: _____

Vorname/Titel: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Telefon / Handy: _____

Telefon Arbeit: _____

E-Mail: _____

HAUSARZT: _____

HAUSARZT Telefon: _____

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: _____

Vorname/Titel: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Telefon privat: _____

Versicherungsverhältnis

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

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch (bitte Namen nennen):

Internet Zeitung Sonstiges:

Grund meines Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnlockerungen
- Zahnfleischbluten
- Fehlende Zähne
- Probleme mit Zahnersatz
- Neuer Zahnersatz
- Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen
- Sonstiges: _____

Ich wünsche eine Beratung zu

- Zahnersatz
- Zahnfleischbehandlung
- Amalgam-Entfernung
- Metallfreie Zahnbehandlung
- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Lückenschluss mit Zahnimplantat und Krone
- Feste Zähne statt Teilprothese
- Verbesserung des Prothesenhalts
- Feste Zähne statt Totalprothese
- Keramik-Kronen und -Brücken
- Verschönerung meiner Zähne
- Zahnaufhellung
- Sonstiges: _____

Weiter auf Seite 2



ZAHNARZTPRAXIS
DR. DANIEL R. FUHRMANN

Alleestraße 13
42853 Remscheid
Tel. 02191 29861



www.zahnarzt-remscheid.de

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!

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Nein Ja, und zwar:

- Marcumar ASS Eliquis Pradaxa Xarelto
 Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

- Nein Ja, und zwar _____

Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

- Nein Ja, und zwar _____

Haben Sie Allergien?

- Nein Ja, und zwar gegen _____

Rauchen Sie?

- Nein Ja: Wie viel? _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- Nein Ja: In welchem Monat? _____

Erkrankungen

Herz-Kreislauferkrankungen. Welche?

- Herzklappenersatz
 Endokarditis
 Herz-Operationen
 Herz-Schrittmacher
 Herzinfarkt
 Schlaganfall

- Störungen der Blutgerinnung
 Immunerkrankungen (z.B. HIV)
 Wundheilungsstörungen
 Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Knochenmarks-Erkrankungen
 Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens
 Osteoporose
 Tumorerkrankungen
 Frühere Parodontitis-Behandlung
 Drogenabhängigkeit

- Asthma/Lungenkrankheit
 Nervenerkrankungen
 Depressionen/Psychosen
 Lebererkrankungen
 Nierenerkrankungen
 Epilepsie
 Magen-Darm-Erkrankungen
 Hepatitis. Welche? _____
 Sonstige: _____

Meine Behandlungswünsche

- 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.

Terminvereinbarung

Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Website heruntergeladen:

Bitte senden oder faxen Sie ihn uns ausgefüllt zu und kreuzen Sie unten an, in welcher Form die Terminvereinbarung erfolgen soll:

- Ich habe bereits einen Termin vereinbart.
 Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung an!
(Tel. 02191 29861)

Vielen Dank für Ihr Vertrauen! Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

Ihr Praxis-Team Dr. Daniel R. Fuhrmann

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

X

(Datum)

(Unterschrift)

Anschreibenfeld passend für Fensterkuvert

Zahnarztpraxis
Dr. Daniel R. Fuhrmann
Alleestraße 13

42853 Remscheid

Fax: 02191 - 4698889

Service für Sie: Termin-Erinnerung (Recall)

Mit unserem Recall-System erinnern wir Sie bzw. Ihr Kind an Ihre regelmäßigen Kontrolltermine in unserer Praxis:

- Ich möchte an notwendige Kontrolltermine erinnert werden.

Per Post

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

X

(Datum)

(Unterschrift)



ZAHNARZTPRAXIS
DR. DANIEL R. FUHRMANN

Alleestraße 13
42853 Remscheid
Tel. 02191 29861



www.zahnarzt-remscheid.de