

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 spätestens 24 Stunden 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 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 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
- Feste Zähne statt Prothese
- Verbesserung des Prothesenhalts
- Keramik-Kronen und -Brücken
- Verschönerung meiner Zähne
- Zahnaufhellung
- Sonstiges: _____

Weiter auf Seite 2



ZAHNARZTPRAXIS
DR. DANIEL 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 herzlichen Dank!

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

- Nein Ja, und zwar:
 ASS Marcumar Eliquis Pradaxa Xarelto
 Sonstige: _____

Haben Sie Allergien?

- Nein Ja, und zwar: _____

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

- Nein Ja, und zwar: _____

Rauchen Sie?

- Nein Ja: Wie viel? _____

Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

- Nein Ja, und zwar: _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- Nein Ja: In welchem Monat? _____

Erkrankungen

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?
_____ | <input type="checkbox"/> Störungen der Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Immunerkrankungen (z.B. HIV) | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis | <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen | <input type="checkbox"/> Depressionen/Psychosen |
| <input type="checkbox"/> Herz-Operationen | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herz-Schrittmacher | <input type="checkbox"/> Knochenmarks-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt. Wann? _____ | <input type="checkbox"/> Frühere Bestrahlungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen |
| | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hepatitis. Welche? _____ |
| | <input type="checkbox"/> Frühere Parodontitis-Behandlung | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit | _____ |

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.

Hinweis zur Terminabsage und Ausfallgebühr

Ich nehme zur Kenntnis, dass Termine speziell für mich reserviert werden. Sollte ich einen Termin nicht einhalten können, verpflichte ich mich, diesen **spätestens 24 Stunden** vorher telefonisch oder schriftlich abzusagen.

Mir ist bekannt, dass bei unentschuldigtem Nichterscheinen oder kurzfristiger Absage (unter 24 Stunden) eine Ausfallgebühr je nach Behandlungsaufwand (35€-150€) gemäß § 615 BGB erhoben werden kann.

Tel.: 02191 / 29 86 1

Mail: info@zahnarzt-remscheid.de

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben:



(Datum)

(Unterschrift)



ZAHNARZTPRAXIS
DR. DANIEL FUHRMANN

Alleestraße 13
42853 Remscheid
Tel. 02191 29861



www.zahnarzt-remscheid.de