

# Anmeldebogen

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 sind freiwillig. Diese werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen 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. Torsten Krell & Kollegen

<b>Patient</b>
Name: _____
Vorname/Titel: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____
Beruf*: _____
Krankenkasse: _____
Hausarzt*: _____
Handy: _____
E-Mail: _____
* freiwillige Angabe

<b>Versicherter (Eltern, Ehegatte)</b>
Name: _____
Vorname/Titel: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____
Telefon privat: _____

<b>Versicherungsverhältnis</b>
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert
<input type="checkbox"/> Privat versichert
<input type="checkbox"/> Zum Basistarif privat versichert
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt
<input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung

<b>Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?</b>
<input type="checkbox"/> Empfehlung durch*: _____
Internet
<input type="checkbox"/> Google
<input type="checkbox"/> Jameda
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<b>Grund meines Zahnarztbesuchs</b>
<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung
<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen
<input type="checkbox"/> Zahnlockerungen
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten
<input type="checkbox"/> Fehlende Zähne
<input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
<input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme / CMD
<input type="checkbox"/> Zähneknirschen
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

<b>Ich wünsche eine Beratung zu</b>
<input type="checkbox"/> Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung
<input type="checkbox"/> Amalgam-Entfernung
<input type="checkbox"/> Knirschen / CMD
<input type="checkbox"/> Metallfreie Zahnbehandlung
<input type="checkbox"/> Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Lückenschluss mit Zahnimplantat und Krone
<input type="checkbox"/> Feste Zähne statt Teilprothese
<input type="checkbox"/> Verbesserung des Prothesenhalts
<input type="checkbox"/> Feste Zähne statt Totalprothese
<input type="checkbox"/> Keramikfüllungen (Inlays)
<input type="checkbox"/> Keramik-Kronen und -Brücken
<input type="checkbox"/> Keramik-Verblendschalen (Veneers)
<input type="checkbox"/> Verschönerung meiner Zähne
<input type="checkbox"/> Zahnaufhellung
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Weiter auf Seite 2



Dr. med. dent.  
Torsten Krell  
& Kollegen

Kaiserstr. 3  
60311 Frankfurt/Main  
Tel. 069 - 59 67 57 59

[www.zahnarzt-frankfurt-zentrum.de](http://www.zahnarzt-frankfurt-zentrum.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!

### Rauchen Sie?

Nein  Ja: Wie viel? \_\_\_\_\_

### Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Nein  Ja: In welchem Monat? \_\_\_\_\_

### Haben Sie Allergien?

Nein  Ja, und zwar gegen \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

### Erkrankungen

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich habe akute Beschwerden  | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen               | <input type="checkbox"/> Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens  |
| <input type="checkbox"/> Ich presse / knirsche mit den Zähne   | <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz                      | <input type="checkbox"/> Osteoporose                               |
| <input type="checkbox"/> Meine Kiefergelenke machen Geräusche  | <input type="checkbox"/> Endokarditis                           | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen                         |
| <input type="checkbox"/> Es schmerzt bei weiter Mundöffnung  | <input type="checkbox"/> Herz-Operationen / Schrittmacher       | <input type="checkbox"/> Frühere Parodontose-Behandlung            |
| <input type="checkbox"/> Ich habe öfter Zahnfleischbluten?   | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                            | <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit                        |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Kopfschmerzen  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                           | <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenkrankheit                    |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends | <input type="checkbox"/> Störungen der Blutgerinnung            | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen/Depressionen/Psychosen |
| <input type="checkbox"/> Ich hatte eine kieferorthopädische Behandlung   | <input type="checkbox"/> Immunerkrankungen (z.B. HIV)           | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen                         |
| <input type="checkbox"/> Mein letzter Zahnarzt-Besuch war _____  | <input type="checkbox"/> MRSA-Krankenhauskeim                   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen                        |
| <input type="checkbox"/> Ich habe regelmäßig professionelle Zahn-Reinigungen (PZR) durchführen lassen                      | <input type="checkbox"/> Creutzfeld-Jakob oder Varianten (vCJK) | <input type="checkbox"/> Epilepsie                                 |
|  | <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen                  | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen                   |
|  | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)             | <input type="checkbox"/> Hepatitis. Welche? _____                  |
|  | <input type="checkbox"/> Knochenmarks-Erkrankungen              | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                           |

### Meine Behandlungswünsche

- Ich möchte das Beste für meine Zähne. Bitte informieren Sie mich über die für mich optimale Behandlung, auch wenn meine Krankenkasse möglicherweise nicht alles erstattet.
- 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
- Ich bin Angstpatient
- Ich interessiere mich für eine angstfreie Behandlung mit Lachgas
- Ich möchte an Prophylaxetermine erinnert werden (Recall)
- Sonstiges:

### Tipp:

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr **Bonusheft** und Ihre **Krankenversichertenkarte** mit.

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

X

(Datum)

(Unterschrift)

### Terminvereinbarung

Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Website heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben: Bitte senden, faxen oder mailen Sie ihn uns ausgefüllt zu.

**Um Wartezeiten vorzubeugen sind Ihre Termine exklusiv für Sie eingeplant. Sollten Sie einen Termin nicht oder nicht rechtzeitig wahrnehmen können, informieren sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher. Andernfalls sind wir nach § 615 BGB berechtigt die vorgesehene Behandlung in Rechnung zu stellen.**

Ich habe die oben stehenden Informationen zur Kenntnis genommen.

X

(Datum)

(Unterschrift)



Praxis-Adresse scannen & speichern

Scannen Sie den QR-Code unserer **Praxis-Adresse** mit Ihrem Smartphone und speichern Sie sie in Ihren Kontakten ab. So können Sie bei Bedarf jederzeit darauf zugreifen. Apps zum Scannen finden Sie in den App-Stores



Dr. med. dent.  
Torsten Krell  
& Kollegen

Kaiserstr. 3  
60311 Frankfurt/Main  
Tel. 069 - 59 67 57 59

[www.zahnarzt-frankfurt-zentrum.de](http://www.zahnarzt-frankfurt-zentrum.de)

