

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 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. Torsten Krell & Kollegen

Patient

Name: _____

Vorname/Titel: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Telefon privat: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Telefon Arbeit: _____

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: _____

Vorname/Titel: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Telefon privat: _____

Versicherungsverhältnis

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

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

- Empfehlung durch (bitte Namen nennen): _____

Internet

- Google
- Jameda
- Sonstiges: _____

Grund meines Zahnarztbesuchs

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

Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Zahnfleischbehandlung
- Amalgam-Entfernung
- Knirschen / CMD
- Metallfreie Zahnbehandlung
- Zahnersatz
- Lückenschluss mit Zahnimplantat und Krone
- Feste Zähne statt Teilprothese
- Verbesserung des Prothesenhalts
- Feste Zähne statt Totalprothese
- Keramikfüllungen (Inlays)
- Keramik-Kronen und -Brücken
- Keramik-Verblendschalen (Veneers)
- Verschönerung meiner Zähne
- Zahnaufhellung
- 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



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 möchte eine angstfreie Behandlung (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.



(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.



(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

