



Unsere erste Begegnung möchten wir ausschließlich für **ein persönliches Gespräch** und zu **einer genauen Untersuchung und Diagnose** nutzen. Für eine exakte Diagnose benötigen wir eine genaue klinische und röntgenologische Untersuchung der Zähne, der Mundhöhle und der Kiefergelenke. Sollten vor kurzer Zeit (bis zu einem Jahr) Panorama- oder Einzelröntgenaufnahmen gemacht worden sein, bitten wir Sie, diese zu Ihrem Termin mitzubringen. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

### PATIENT

Name:	Telefonnr.:
Vorname:	Mobilnr.:
Straße, Nr.:	E-Mail:
PLZ/Ort:	Krankenkasse:
Geb.-Datum:	Ihr Beruf:
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Presse <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstiges:	

### VERSICHERTER

Adresse wie oben

Name:	PLZ/Ort:
Vorname:	Telefonnr.:
Straße, Nr.:	Geb.-Datum:

### VERSICHERUNGSART

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert                   | <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> privat versichert – nicht im Basistarif | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt     |
| <input type="checkbox"/> privat versichert – im Basistarif       |   |

Überweisende/r Arzt/Ärztin (Name, Adresse, Telefon): _____
Hausarzt/Hausärztin (Name, Adresse, Telefon): _____

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und sie z. B. aus abrechnungstechnischen Gründen an die KZV (Kassenzahnärztliche Vereinigung) oder eine andere Verrechnungs- bzw. Begutachtungsstelle weitergeleitet werden. Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass diese Angaben sowie Untersuchungsbefunde und Dokumente mit Fachkollegen besprochen bzw. bei Behandlungsübernahme durch einen Fachkollegen an diesen weitergegeben werden dürfen. Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird. Röntgenbilder, Modelle und kieferorthopädische Apparaturen bleiben Eigentum des Behandlers. Das Informationsblatt zur Datenverarbeitung Patienten (Art. 13 DSGVO) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Die im Verlauf der Behandlung angefertigten fotografischen Aufnahmen, Röntgenbilder, Gebissabdrücke sowie Arztbriefe dürfen per E-Mail oder postalisch weitergeleitet werden. Diese Weitergabe erfolgt ausschließlich an den behandelnden Zahnarzt, Hausarzt, ggf. Fachzahnarzt für Oralchirurgie, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie an den behandelnden Logopäden oder Physiotherapeuten. Durch die Einwilligung entbinde ich die behandelnde Zahnärztin von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

**Für gesetzlich versicherte Patienten:** Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versichertenkarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden. Falls Sie zu einem Termin verhindert sind, sagen Sie bitte mindestens 48h vorher ab, um uns die Möglichkeit zu geben, den Termin neu zu vergeben. Für versäumte Termine wird in unserer Bestellpraxis ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

Ich bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Bei Minderjährigen sollten **beide Elternteile** unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert der Unterzeichnende zugleich, dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Ort, Datum

Unterschrift Patient\*in / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift weiterer gesetzlicher Vertreter



Für eine optimal auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte zahnärztliche Behandlung benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie dafür diesen Fragebogen vollständig aus. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese gerne vor der Behandlung mit uns. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Bitte kreuzen Sie nur Zutreffendes an!

#### HERZ

<input type="checkbox"/> Zustand nach Infarkt	<input type="checkbox"/> Rythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Bypassoperation
<input type="checkbox"/> Muskelentzündung	<input type="checkbox"/> Herzklappenersatz
<input type="checkbox"/> Verengung der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/> Schrittmacher

#### KREISLAUF

<input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Angina pectoris	

#### ERKRANKUNG DES BLUTBILDENDEN SYSTEMS

<input type="checkbox"/> Blutarmut	<input type="checkbox"/> Bluter
------------------------------------	---------------------------------

#### AUGEN

<input type="checkbox"/> Grauer Star	<input type="checkbox"/> Grüner Star
--------------------------------------	--------------------------------------

#### ATMUNGSWEGE/LUNGE

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Bronchitis
---------------------------------	-------------------------------------

#### MAGEN-DARM-TRAKT

<input type="checkbox"/> Magenerkrankung	<input type="checkbox"/> Darmerkrankung
--	---

#### BLASE/NIEREN

<input type="checkbox"/> Blasenerkrankung	<input type="checkbox"/> Dialyse
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	

#### LEBER

<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Hepatitis
------------------------------------	------------------------------------

#### PFLEGEGRAD

Besteht ein Pflegegrad? <input type="checkbox"/> Kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
--



### BEWEGUNGSAPPARAT

 Rheuma Rheumatoide Arthritis Gicht

### ZENTRALES NERVENSYSTEM

 Epileptische Anfälle

### VEGETATIVES NERVENSYSTEM

 Kopfschmerzen Migräne

### STOFFWECHSEL

 Zuckerkrankheit Schilddrüsenüberfunktion Schilddrüsenunterfunktion

### WEITERE ERKRANKUNGEN

 Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

 Arzt/Ärztin: Ort: Telefon:

### SONSTIGE MEDIZINISCH WICHTIGE INFORMATIONEN

 Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken? Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert? Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche: Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche: Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie oft: Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente? Wenn ja, welche: Sind Sie allergisch gegen bestimmte Stoffe? Wenn ja, gegen welche: Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche: Sind Sie zurzeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat:

### WEITERE ADMINISTRATIVE INFORMATIONEN

 Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre) Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

#### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen:

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann – sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gern ein Taxi.

Ort, Datum

Unterschrift Patient\*in / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift weiterer gesetzlicher Vertreter