

Anmeldebogen mit Anamnese

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsort: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Faxnummer: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse: _____

Privat versichert

Privat versichert - im Erweiterten Standardtarif
(Basistarif-Bedingungen)

Beihilfeberechtigt

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Praxisschild Empfehlung durch _____

Telefonbuch Zahn im Fenster

Internetsuche nach Zahnarzt : www._____ ?

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist **Hauptversicherter**?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

**Praxis für Zahnmedizin und Dentalhygiene
Dr. Michael Maier & Dr. Jan Xyländer**

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Nehmen Sie Medikamente? Welche? _____ | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Reagieren Sie allergisch auf bestimmte Stoffe? (Allergiepass vorhanden?) | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Wenn ja, auf welche? _____ | | |
| Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Bluten Sie lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung
(erhöhter/verminderter Blutdruck, Herzschrittmacher, Herzinfarkt)? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Hatten Sie je, oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C)? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Oder andere schwere Infektionskrankheiten (Tbc, HIV, etc.)? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie eine Magen-/Darm-/Leber- oder Nierenerkrankung? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Leiden Sie unter Migräne? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Asthma? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche _____ | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie Zahnschmerzen? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Blutet Ihr Zahnfleisch? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Zur Kontrolluntersuchung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Zur Beratung über die Möglichkeiten, die Ästhetik meiner Zähne zu verbessern | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

Unsere Praxis führen wir als organisierte Bestellpraxis, das bedeutet, dass wir den für Sie reservierten Termin exklusiv vereinbaren. Dies hat für Sie den Vorteil von geringen Wartezeiten und genügend Zeit für Ihre Betreuung und Behandlung ohne Stress und ohne Hektik.

Wir wollen uns ausreichend Zeit für Sie nehmen, um auf Ihre speziellen Fragen einzugehen. Trotz exakter Planung und Konsequenz kann es jedoch bei den Behandlungen zu unvorhergesehenen Zwischenfällen kommen. Wir können Ihnen daher nicht versprechen, dass Sie niemals Wartezeiten haben werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis.

Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, so möchten wir Sie bitten, diesen Termin mindestens 24 Stunden vorher zu stornieren. Nicht stornierte Termine bzw. nicht angetretene Termine erlauben wir uns in begründeten Fällen als Ausfallkosten in Rechnung zu stellen (100 Euro pro 30 Minuten).

Wir bitten Sie, uns zeitnah über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes zu informieren. Wir sind verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass nach chirurgischen Eingriffen oder zahnärztlicher Behandlung unter Einsatz einer Anästhesie die Fahrtüchtigkeit im Einzelfall eingeschränkt sein kann.

Bei längeren Behandlungen bieten wir Ihnen als Service an, Sie einen Tag vor Ihrem Termin nochmals telefonisch daran zu erinnern.

Bitte wenden Sie sich mit allen Fragen und Wünschen an Frau Maier und Frau Behrens am Empfang.

München, den _____

Unterschrift _____