

ANMELDUNG

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, Sie in Sachen Mund-, Kiefer- und Zahngesundheit umfassend beraten und stets nach neuesten medizinischen Erkenntnissen behandeln zu können. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne!
Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen, die Sie uns geben, der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir führen eine Bestellpraxis:

Das bedeutet, dass für Sie keine (oder fast keine) Wartezeiten entstehen. Das bedeutet aber auch, dass Sie – wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können – spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da sonst die exklusiv für Sie vorgehaltene Zeit in Rechnung gestellt werden kann.

Kassenpatienten sind bei uns nicht „Kunden zweiter Klasse“!

Wir setzen uns für die optimale, lebenslange und intensive Zahnpflege und –erhaltung eines jeden unserer Patienten ein. Jedoch werden viele unserer Behandlungsmethoden, da sie oberhalb des von den gesetzlichen Kassen als „ausreichend“ definierten Niveaus ausgeführt werden, nicht oder nur teilweise von der Krankenkasse bezahlt. Wir haben hier in der Praxis eine qualitätsorientierte Arbeitsweise für alle Patienten!

In der Regel werden Sie, wenn Sie nach entsprechender Beratung und Aufklärung, dies wünschen, persönlich dafür aufkommen müssen. Wir werden Sie vor der Behandlung bei uns über den Umfang dieser besten Leistungen informieren, die Ihnen aber auch als „Kassenpatient“ die Möglichkeit einer zahnärztlichen Behandlung auf höchstem Niveau eröffnet.

Patient (Name / Vorname)

Geburtsort

Geburtsdatum

Name, Vorname des Versicherten (Ehepartner/Vater/Mutter)

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Nummer)

Plz

Ort

Beruf

Arbeitgeber

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Telefon Mobil

E-Mail

Krankenkasse

freiwillig versichert
beihilfeberechtigt

pflichtversichert
zusatzversichert

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von?

Sonstige Gründe für Ihre Entscheidung?

Weshalb kommen Sie zu uns?

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja _____
Behandelnder Arzt?

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
unregelmäßiger Herzschlag
Angina pectoris
Herzschrittmacher

Erkrankungen des Nervensystems:

epileptische Anfälle

Sonstige Erkrankungen:

Kreislaufferkrankungen:

zu hoher Blutdruck
zu niedriger Blutdruck
Zustand nach Herzinfarkt
Ohnmachtsanfälle

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)
Magen-Darmerkrankungen
Schilddrüsenerkrankungen

Nehmen Sie Blutverdünner?

Marcumar	Aspirin	Heparin
Eliquis	Xarelto	Pradaxa
Lixiana	Argatra	

Bluterkrankungen:

Blutungsneigungen (Hämophilie)
Blutarmut

Weitere Angaben:

Sind Sie frisch operiert? Nein Ja

Sind Sie schwanger? Nein Ja

Sind oder waren Sie drogen- oder medikamenten-
abhängig? Nein Ja

Legen Sie besonderen Wert auf Behandlung unter
lokaler Betäubung? Nein Ja

Wünschen Sie Informationen über ein intensives
Vorsorgeprogramm? Nein Ja

Wünschen Sie Info zur Amalgamentfernung und
verträglichen Alternativen? Nein Ja

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?

Datum / Zeitraum

Sollten Sie Fragen zu diesem Erhebungsbogen haben, wenden Sie sich bitte an den Arzt!

Für die Richtigkeit der Angaben: Münster,

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten

(bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)