

Anmeldung



Vielen Dank, 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. Vielen Dank!

Liebe Patienten,

ein Besuch beim Kieferorthopäden 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 bei der Behandlung besonderen Wert legen.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Dr. Köhler und Partner

Ihre Fachzahnärzte für
Kieferorthopädie

Patient

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Telefon privat:

Handy:

E-Mail:

Telefon Arbeit:

Versicherungsverhältnis

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

Grund meines Praxisbesuchs

- Beratung Kieferorthopädie
- Empfehlung des Zahnarztes zur kieferorthopädischen Frühbehandlung
- Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen
- Probleme beim Sprechen
- Sonstiges:

.....
.....

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Telefon privat:

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch (bitte Namen nennen):

.....

Internet Gelbe Seiten Sonstiges:

.....

Ich wünsche eine Beratung zu

- Kieferorthopädische Behandlung
- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Verschönerung meiner Zähne
- Sonstiges:

.....

.....

Weiter auf Seite 2

Angaben zum Gesundheits-Zustand

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!

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
 Nein Ja, und zwar
 Marcumar Herz-ASS

Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?
 Nein Ja, und zwar

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?
 Nein Ja, und zwar

Haben Sie Allergien?
 Nein Ja, und zwar gegen

Rauchen Sie?
 Nein Ja: Wie viel?
Schnarchen Sie?
 Nein Ja


Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?
 Nein Ja: In welchem Monat?

Erkrankungen
 Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?

 Herzklappenersatz Endokarditis
 Herz-Operationen Herz-Schrittmacher
 Herzinfarkt Schlaganfall
 Störungen der Blutgerinnung
 Immunerkrankungen (z.B. HIV)
 Wundheilungsstörungen
 Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Knochenmarks-Erkrankungen
 Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens
 Osteoporose
 Tumorerkrankungen
 Frühere Parodontose-Behandlung
 Drogenabhängigkeit
 Asthma/Lungenkrankheit
 Nervenerkrankungen
 Depressionen/Psychosen
 Lebererkrankungen Nierenerkrankungen
 Epilepsie
 Magen-Darm-Erkrankungen
 Hepatitis. Welche?
 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
 Sonstige:

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



(Datum/Unterschrift)

Terminvereinbarung
Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Website heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben: Bitte senden oder faxen Sie ihn uns ausgefüllt zu und kreuzen Sie unten an, in welcher Form die Terminvereinbarung erfolgen soll:
 Ich habe bereits einen Termin vereinbart.
 Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung an! (Telefonnummer siehe unten auf dieser Seite)
 Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an!
 Sie erreichen mich am besten unter folgender Telefonnummer und zu folgenden Zeiten:
 Telefon:
 Zeit:
 Vielen Dank für Ihr Vertrauen!
 Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

Ihr Praxis-Team
Dr. Köhler und Partner
Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert
 Dr. Köhler und Partner
 Fachzahnärzte für Kieferorthopädie
 Bismarckstr. 21
 D- 95028 Hof

 Fax: 09281—784741

Service für Sie: Termin-Erinnerung (Recall)
Mit unserem Recall-System erinnern wir Sie bzw. Ihr Kind an Ihre regelmäßigen Kontrolltermine in unserer Praxis:

Ich möchte an notwendige Kontrolltermine erinnert werden.

Per Telefon: (Telefonnummer)

Per E-Mail: (E-Mailadresse)

Per Post

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

.....
 Datum / Unterschrift