

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 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!

Dr. Thomas Loebel

Patient

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Geb.-Ort:

Geb.-Name:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Telefon privat:

Handy:

E-Mail:

Telefon Arbeit:

Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Freiwillig versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

Grund meines Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnlockerungen
- Zahnfleischbluten
- Fehlende Zähne
- Probleme mit Zahnersatz
- Neuer Zahnersatz
- Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen
- 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

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Zahnfleischbehandlung
- Sichere Amalgam-Entfernung
- 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
- Verschönerung meiner Zähne
- Zahnaufhellung
- 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?

.....

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:

.....

Wann wurden das letzte mal Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne angefertigt ?

.....

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 **Krankenversicherungskarte** mit.

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. Thomas Loebel

Um Ihre Wartezeit möglichst kurz zu halten, arbeiten wir mit einem Bestellsystem. Wir bitten daher Terminänderungen spätestens 24 h vorher mit uns abzusprechen, andernfalls können durch die Ausfallzeit entstehende Kosten in einer Höhe von 100 € in Rechnung gestellt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Information verstanden habe.

Schwerin, den 

Anschreibenfeld passend für Fensterkuvert

Zahnarztpraxis
Dr. Thomas Loebel
Lübecker Str. 125

D-19059 Schwerin

Fax: 03222 3757956

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 Post

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

.....
Datum / Unterschrift