

# 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!*

*Ihr Zahnärzte*

*Achim Witte*

*Martina Fuchs-Witte*

**Patient**

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Krankenkasse: .....

Hausarzt: .....

Telefon privat: .....

Fax 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

Zahnneknirschen

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**  
 O 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**  
 O 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.  
 O Ich möchte nur mit örtlicher Betäubung behandelt werden  
 O Ich möchte nur bei schmerzhaften Eingriffen eine Spritze  
 O Ich möchte genau über die Behandlung informiert werden  
 O Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen  
 O Sonstige:   
  
**Tipp:**  
 Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr Bonusheft und Ihre Krankenversicherungskarte 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**  
**Achim Witte**  
**Martina Fuchs-Witte**

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis  
 Achim Witte und Martina Fuchs-Witte  
 Klingerstr. 39

30655 Hannover

Fax: 0511 - 5477844

### 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 SMS:  (Handynummer)
- Per Post

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

Datum / Unterschrift