



Anmeldebogen

Patient
Name
Vorname
Geb.-Datum
Geb.-Ort
Straße
PLZ / Ort
Tel.
Tel. Gesch.
Mobil
E-Mail

Versicherter/Betreuer (falls vorhanden)
Nur ausfüllen, wenn Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind.
Name
Vorname
Geb.-Datum
Geb.-Ort
Straße
PLZ / Ort
Tel.
Tel. Gesch.
Mobil
E-Mail

Gesetzl. Krankenkasse	Zusatzversicherung
Private Krankenkasse	Beihilfe <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/>

Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen.	Ja	Nein	Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen.	Ja	Nein
Allgemeinmedizin					
Hausarzt			Allergien		
Blutdruck hoch			Welche?		
Blutdruck niedrig			Osteoporose		
Herzerkrankung			Tumorerkrankung		
Welche?			Welche?		
Herzschriltmacher			Besteht eine Schwangerschaft?		
Endokarditisprophylaxe			Medikamente		
Blutgerinnungsstörung (Blutverdünner)			Welche?		
Diabetes			Nehmen/haben sie Bisphosphonate eingenommen?		
Lungenerkrankung (Asthma)			Sonstige Krankheiten?		
Schilddrüsenerkrankung			Welche?		
Nierenerkrankung?					
Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV)					
Welche?					
Zahnmedizin					
Was ist Ihr Hauptanliegen?					
Wurden Sie weiterempfohlen?					
Von wem?					
Gab es bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme?					
Welche?					
Sind in den letzten sechs Monaten Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen gemacht worden?					

Bitte wenden →

Spezielle Anamnese				
1. Mundhygiene				
Wie oft putzen Sie Ihre Zähne täglich?		weniger als 1-mal	1 bis 2-mal	-mal
Wie lange putzen Sie Ihre Zähne?		weniger als 1 Min.	1 bis 2 Min.	Min.
Mit welcher Zahnbürste putzen Sie?		Manuell (Hand)	Elektrisch	Schall
Mit welcher Technik putzen Sie?		eher schrubkend	eher kreisend	Sonst.
Haben Sie Zahnfleischbluten?		immer	selten	nie
Haben Sie Mundgeruch?		immer	selten	nie
Wie oft reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?		täglich	gelegentlich	nie
Womit reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?				
Welche Hilfsmittel verwenden Sie?				
2. Fluoridangebot				
Wie heißt Ihre Zahnpasta?				
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz		Ja	Nein	
3. Ernährung				
Wie oft am Tag essen Sie zuckerhaltige Produkte?		2- bis 5-mal	über 5-mal	
Wie häufig trinken Sie über den Tag verteilt zuckerhaltige Getränke?		2- bis 5-mal	über 5-mal	
Haben Sie überempfindliche Zahnhälse?		Ja	Nein	
4. Rauchen				
Rauchen Sie?		Ja	Nein	
Haben Sie geraucht?		Ja	Nein	
5. Funktion				
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?		Ja	Nein	
Haben Sie sonstige Angewohnheiten?		Ja	Nein	
Wie z. B. Zungenbeißen, Zungenpressen, Wangenbeißen oder Wangensaugen?				

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Personenbezogene Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z.B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin vereinbaren wollen. Erscheinen Sie zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im Weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).



Bitte ankreuzen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. **Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend uns rechtzeitig und spätestens 24 Stunden vorher**, Ihre Verhinderung anzuzeigen, damit der Termin anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls behalten wir uns vor Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Um Ihnen die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir unseren sog. Recall-Service an. Sie werden von uns halbjährlich angerufen oder per Email angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Teilen Sie uns gerne mit, auf welchem Wege Sie vorzugsweise kontaktiert werden möchten.

Sollten Sie keine Teilnahme an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche keine Teilnahme am Recall-Service:



Datum	Unterschrift Patient
-------	----------------------