Anmeldung

Eberhard & Sievers
ZAHNMEDIZIN IN OSTEN

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. Bei Nichterscheinen oder verspäteter Absage wird ein Ausfallhonorar von 25,00€ fällig. 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.

Danke, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Ihre Zahnärzte

Dieter Eberhard &
Hanna Sievers

Patient

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Geburtsort: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Krankenkasse: .....

Hausarzt: .....

Telefon privat: .....

Handy: .....

E-Mail: .....

Telefon Arbeit: .....

Versicherungsverhältnis

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

Grund meines Zahnarztbesuchs

O Kontrolluntersuchung
O Zahnschmerzen

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Geburtsort: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Telefon privat: .....

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

O Empfehlung durch (bitte Namen nennen):

.....

O Internet O Gelbe Seiten O Sonstiges:

.....

Covid- 19 Impfung?
O Nein O Ja, wann?
.....

Ich wünsche eine Beratung zu

O Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
O Zahnfleischbehandlung
O Sichere Amalgam-Entfernung
O Metallfreie Zahnbehandlung
O Zahnersatz
O Lückenschluss mit Zahnimplantat und Krone
O Feste Zähne statt Teilprothese
O Verbesserung des Prothesenhalts
O Feste Zähne statt Totalprothese
O Keramikfüllungen (Inlays)
O Keramik-Kronen und –Brücken
O Keramik-Verblendschalen
O Verschönerung meiner Zähne
O Zahnaufhellung
O Sonstiges:

Zahnarztpraxis Dieter Eberhard & Hanna Sievers

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?

O Nein O Ja, und zwar O Eliquis O Pradaxa

O Xarelto O Marcumar O Herz-ASS

O .....

Haben Sie Allergien?

O Nein O Ja, und zwar gegen

.....

.....

Erkrankungen

O Herz-Kreislauferkrankungen. Welche?

.....

O Herzklappenersatz O Endokarditis

O Herz-Operationen O Herz-Schrittmacher

O Herzinfarkt O Schlaganfall

O Störungen der Blutgerinnung

O Immunerkrankungen (z.B. HIV)

O Wundheilungsstörungen

O Diabetes (Zuckerkrankheit)

O Knochenmarks-Erkrankungen

O Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens

O Osteoporose

O Tumorerkrankungen

O Frühere Parodontose-Behandlung

O Drogenabhängigkeit

O Asthma/Lungenkrankheit

O Nervenerkrankungen

O Depressionen/Psychosen

O Lebererkrankungen O Nierenerkrankungen

O Epilepsie

O Magen-Darm-Erkrankungen

O Hepatitis. Welche? .....

O Sonstige:

.....

Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

O Nein O Ja, und zwar

O .....

Rauchen Sie?

O Nein O Ja: Wie viel? .....

Schnarchen Sie?

O Nein O Ja

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 **Krankenversichertenkarte** mit.

.....

.....

(Datum/Unterschrift)

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

O Nein O Ja, und zwar

O .....

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

O Nein O Ja: In welchem Monat?

.....

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:

O Ich habe bereits einen Termin vereinbart.

O Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung an! (Telefonnummer siehe unten auf dieser Seite)

O 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

Dieter Eberhard & Hanna Sievers

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)

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

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

Zahnarztpraxis
Dieter Eberhard & Hanna Sievers
Feldstr. 20
21756 Osten

Fax: 04771 2830