

# Anmeldebogen der Praxis für Zahnheilkunde Dr. Dennis Brandt

Liebe Patienten,

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens zwei Arbeitstage 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. Herzlichen Dank!

Liebe Patienten,

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 Zahnarzt

Dr. Dennis Brandt

## Patient

Name: .....

Vorname: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Geb.-Ort: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Krankenkasse: .....

Hausarzt: .....

Telefon privat: .....

Handy: .....

E-Mail: .....

Telefon Arbeit: .....

## Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: .....

Vorname: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Geb.-Ort: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Telefon privat: .....

## Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Beihilfeberechtigt
- Zahnzusatzversicherung

## Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch (bitte Namen angeben)

.....

Internet  Gelbe Seiten  Sonstiges:

.....

## Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheits-Vorsorge (Prophylaxe)
- Zahnfleischbehandlung
- Zahnersatz
- Zahnimplantate
- Feste Zähne statt Prothesen
- Verbesserung des Prothesenhalts
- Verschönerung meiner Zähne
- Zahnaufhellung
- Alternativen zum Amalgam
- Hilfe gegen Zähneknirschen
- Sonstiges:

## Grund Ihres Zahnarztbesuchs

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

Weiter auf Seite 2 ➤

# Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

**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.

## Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Nein  Ja, und zwar  Eliquis  Pradaxa  
 Xarelto  Marcumar  Herz-ASS  Sonstige:

## Haben Sie Allergien?

Nein  Ja, und zwar

## Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

Nein  Ja, und zwar

## Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

Nein  Ja, und zwar

## Rauchen Sie?

Nein  Wenn Ja, wie viel pro Tag?

## Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Nein  Wenn Ja, in welchem Monat?

## Erkrankungen

O Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?

.....  
 Herzklappenersatz  
 Endokarditis  
 Herzoperationen  
 Herzschrittmacher  
 Herzinfarkt  
 Schlaganfall

Störungen der Blutgerinnung  
 Autoimmunerkrankungen (z.B. HIV)  
 Wundheilungsstörungen  
 Diabetes (Zuckerkrankheit)  
 Knochenmarkserkrankungen  
 Schilddrüsenerkrankungen  
 Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens  
 Osteoporose  
 Tumorerkrankungen  
 Frühere Parodontitis-Behandlung  
 Drogenabhängigkeit

Asthma / Lungenkrankheit  
 Nervenerkrankungen  
 Depressionen / Psychosen  
 Lebererkrankungen  
 Nierenerkrankungen  
 Epilepsie  
 Magen-Darm-Erkrankungen  
 Hepatitis. Welche?  
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  
 Sonstige:

## Ihre 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  
 Sonstiges:

## Terminvereinbarung

Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Website heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben: Bringen Sie ihn ausgefüllt zu Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis mit oder senden Sie ihn uns vorab zu!  
Wenn Sie bisher noch keinen Termin vereinbart haben, rufen Sie uns bitte an: **Tel. 069 72 13 67**  
Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen!  
Ihr Praxis-Team Dr. Dennis Brandt

## Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

.....  
Datum Unterschrift

## Unser Service für Sie: Terminerinnerung (Recall)

Mit unserem Recall-System erinnern wir Sie bzw. Ihr Kind an regelmäßige Kontroll- oder Prophylaxe-Termine in unserer Praxis.  
**O Ich möchte an notwendige Termine erinnert werden**  
Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

**Zahnarztpraxis  
Dr. Dennis Brandt  
Liebigstraße 27b  
60323 Frankfurt**

Fax +49 69 71448750

