



# 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. Wir bitten Sie daher, 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!

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 die entsprechenden Beschwerden auf der Rückseite dieses Bogens 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!

Ihre Zahnärzte  
Dr. Markus Maurer  
Dr. Thomas Brunner



## Patient

Name:.....  
Vorname/Titel:.....  
Straße:.....  
PLZ/Ort:.....  
Geb.-Datum:.....  
Beruf:.....  
Arbeitgeber:.....  
Krankenkasse:.....  
Hausarzt:.....  
Telefon privat:.....  
Handy:.....  
E-Mail:.....  
Telefon Arbeit:.....

## Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Freiwillig versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

## Grund meines Zahnarztbesuches

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnlockerungen
- Zahnfleischbluten
- Mundgeruch
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen
- Probleme mit Zahnersatz
- 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
- Sonstige

## Ich wünsche Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Zahnfleischbehandlung
- Implantate
- Zahnersatz
- Amalgamentfernung
- Alternativen zu Amalgam
- Kiefergelenksbehandlung
- Kieferorthopädie (Zahnspange)
- Keramik-Inlays
- Keramik-Kronen und -Brücken
- Keramik-Verblendschalen
- Verschönerung meiner Zähne
- Zahnaufhellung
- Sonstiges

Weiter auf Seite 2



Weitere Informationen unter: [www.zahnwerk-frauenau.de](http://www.zahnwerk-frauenau.de)

# Angaben zum Gesundheitszustand

**Krankheiten, Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten** aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgende 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 auch diese unten ein. Vielen Dank!

## Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

- Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung. Wenn ja, welche?  Marcumar  Herz-ASS  .....
- Sonstige.....

**Allergien:**.....

Sind Sie Raucher?  Ja  Nein Menge pro Tag.....

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat: .....

## Erkrankungen

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herz-Fehler
- Herzklappenersatz
- Endokarditis
- Herz-Operationen
- Herz-Schrittmacher
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörungen
- Zuckerkrankheit
- Asthma
- Nervenerkrankungen
- Depressionen/Psychosen
- Lebererkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Rheuma
- Epilepsie
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Immunschwäche (HIV)
- Hepatitis
- Sonstige.....

## 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 genau über die Behandlung informiert werden.
- Ich möchte so wenig wie möglich davon Wissen.
- Ich möchte nur die Behandlung, die die Krankenkasse erstattet.
- Sonstiges.....

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte ihr **Bonusheft** und Ihre **Kranken-versichertenkarte** mit.

## Terminvereinbarung

**Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Homepage heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben: Bitte senden 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! **(09926/1755)**
- 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!

Ihr Praxisteam  
Dr.Markus Maurer  
Dr.Thomas Brunner

.....  
**(Datum/Unterschrift)**