

Wir freuen uns, 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.

Hinweis zum Datenschutz nach DSGVO: Mit Ihrer Unterschrift unter diese Anmeldung willigen Sie in die Speicherung und Weiterverarbeitung Ihrer Daten ausschließlich zum Zweck Ihrer zahnärztlichen Behandlung ein. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in unserer Praxis einsehbar.

Liebe Patientinnen, 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.

Mit Ihrer Unterschrift unter diese Anmeldung willigen Sie in die Speicherung und Weiterverarbeitung Ihrer Daten zum Zweck Ihrer zahnärztlichen Behandlung ein.

Sämtliche Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes gemäß DSGVO. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Ihr Zahnarzt

Dr. Ralph Stein

Patient

Name: _____

Vorname/Titel: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____

Geb.-Ort: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Telefon privat: _____

Handy: _____

Telefon Arbeit: _____

E-Mail: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch (bitte Namen nennen):

Internet Gelbe Seiten Sonstiges:

Grund meines Zahnarztbesuchs

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

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

(nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben)

Name: _____

Vorname/Titel: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____

Geb.-Ort: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Telefon privat: _____

Versicherungsverhältnis

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

Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Zahnfleischbehandlung
- 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 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. Vielen Dank!

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

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

Haben Sie Allergien?

- Nein Ja, und zwar gegen _____

Nehmen Sie sog. Bisphosphonate gegen Krebs oder Osteoporose ein?

- Nein Ja, und zwar _____

Rauchen Sie?

- Nein Ja: Wie viel? _____

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

- Nein Ja, und zwar _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- Nein Ja: In welchem Monat? _____

Erkrankungen

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Drogenabhängigkeit |
| <input type="radio"/> Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?
_____ | <input type="radio"/> Störungen der Blutgerinnung | <input type="radio"/> Asthma/Lungenkrankheit |
| <input type="radio"/> Herzklappenersatz | <input type="radio"/> Immunerkrankungen (z.B. HIV) | <input type="radio"/> Nervenerkrankungen |
| <input type="radio"/> Endokarditis | <input type="radio"/> Wundheilungsstörungen | <input type="radio"/> Depressionen/Psychosen |
| <input type="radio"/> Herz-Operationen | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Lebererkrankungen |
| <input type="radio"/> Herz-Schrittmacher | <input type="radio"/> Knochenmarks-Erkrankungen | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens | <input type="radio"/> Epilepsie |
| | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankungen |
| | <input type="radio"/> Tumorerkrankungen | <input type="radio"/> Hepatitis. Welche? _____ |
| | <input type="radio"/> Frühere Parodontitis-Behandlung | <input type="radio"/> 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 nur bei schmerzhaften Eingriffen eine Spritze
- Ich möchte genau über die Behandlung informiert werden
- Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen
- Sonstiges: _____

Tipp: Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr **Bonusheft** und Ihre **Krankenversichertenkarte** mit.

Terminvereinbarung

Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Website 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!
(Telefon: 02361 64013)

Vielen Dank für Ihr Vertrauen! Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

Ihr Praxis-Team Dr. Ralph Stein

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

(Datum) (Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter)

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

(Datum) (Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter)

Anschreibenfeld passend für Fensterkuvert

**Zahnarztpraxis
Dr. Ralph Stein
Antoniusstr. 13
45663 Recklinghausen
Fax: 02361 64014**

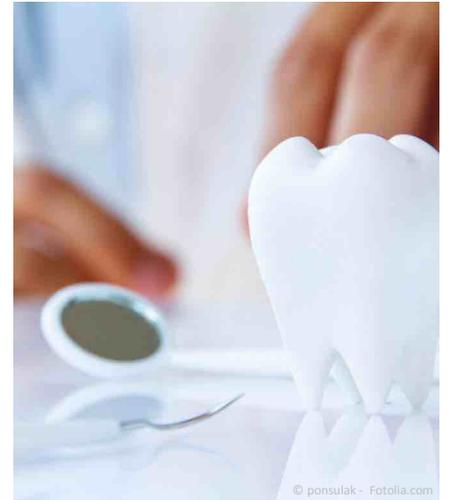
Damit Sie bei Ihrem ersten Praxis-Besuch nichts vergessen

Checkliste für Neupatienten

Die wichtigsten Tipps auf einen Blick

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. Wir schätzen Ihr Vertrauen und werden alles daran setzen, dass Sie mit uns zufrieden sind. Bitte lesen Sie die folgende Checkliste aufmerksam durch, damit Sie alles Notwendige dabei haben, wenn Sie uns zum ersten Mal besuchen. Das erspart Ihnen und uns unnötige Nachfragen. Falls Sie vorab noch Fragen haben: Zögern Sie nicht, uns anzurufen!

Wir kümmern uns gerne um Ihr Anliegen und nehmen uns Zeit für Sie.



© ponsulak - Fotolia.com

Herzlich willkommen
in unserer Praxis!

Anmelde-Bogen

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen zu Ihrem ersten Besuch mit.

Falls Sie diesen nicht von uns zugeschickt bekommen haben, können Sie ihn von unserer Homepage herunterladen und ausdrucken. Selbstverständlich erhalten Sie ihn auch bei uns in der Praxis.

Der Anmelde-Bogen enthält Ihre persönlichen Daten und Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Sie können darin auch Ihre Wünsche für die zahnärztliche Behandlung angeben.

Wenn Sie mit Ihrem Partner und/oder mit Ihren Kindern kommen, füllen Sie bitte für jeden Einzelnen einen Bogen aus. Danke!

Allergie-Pass

Falls Sie an Allergien leiden, haben Sie von Ihrem Arzt einen solchen Pass bekommen. Bitte bringen Sie diesen mit, damit wir Ihre Allergien bei der zahnärztlichen Behandlung berücksichtigen können.

Medikamenten-Liste

Wenn Sie momentan oder regelmäßig Medikamente einnehmen, sollten wir das wissen. Bitte fertigen Sie eine Liste Ihrer Medikamente an und bringen Sie diese mit. Bei schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen, bitten wir Sie, die Beipackzettel Ihrer Medikamente mitzubringen. Wir wollen sicher sein, dass es zu keinen unerwünschten Wechselwirkungen kommt.

Röntgen-Pass

Falls Sie einen solchen besitzen, bringen Sie auch diesen mit, damit wir eventuell notwendige Röntgen-Aufnahmen eintragen können. Wenn Sie keinen haben, erstellen wir Ihnen kostenlos und gerne einen neuen.

Röntgen-Aufnahmen

Wenn **innerhalb der letzten beiden Jahre** Röntgen-Bilder Ihrer Zähne gemacht worden sind, sollten Sie uns auch diese mitbringen. Bitte fragen Sie Ihren bisherigen Zahnarzt danach. Er kann sie uns auch ggf. zuschicken.

Implantat-Pass

Falls Sie schon Zahnimplantate haben und einen Implantat-Pass besitzen, bringen Sie diesen ebenfalls mit.

Wenn Sie gesetzlich versichert sind:

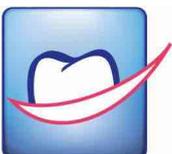
Legen Sie uns bitte Ihre **Versichertenkarte** vor. Bitte prüfen Sie vorab, ob diese noch gültig ist. Beantragen Sie ggf. eine neue Karte bei Ihrer Krankenkasse.

Bringen Sie auch Ihr **Bonusheft** mit, damit wir Ihre Kontrolluntersuchung bestätigen können. Das Bonusheft hat nach wie vor Gültigkeit und kann bares Geld für Sie wert sein, falls Sie Zahnersatz benötigen.

Das war es auch schon! Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und freuen uns auf Ihren Besuch!



© Picture Factory - Fotolia.com



Zahnarztpraxis
Dr. Ralph Stein

Antoniusstr. 13
45663 Recklinghausen
Telefon: 02361 64013

www.zahnarzt-recklinghausen.de

