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. 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.

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!



HELMUT HIRSCH DR. SEBASTIAN BAUER

PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

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. Vielen Dank!

Ihre Zahnärzte Helmut Hirsch und Dr. Sebastian Bauer

| Patient | Versicherter (Eltern, Ehegatte) | | |
|--|---|--|--|
| Name: | Name: | | |
| Vorname/Titel: | Vorname/Titel: | | |
| Straße: | Straße: | | |
| PLZ/Ort: | PLZ/Ort: | | |
| GebDatum: | GebDatum: | | |
| Beruf: | Beruf: | | |
| Arbeitgeber: | Arbeitgeber: | | |
| Al Deligebel | Arbeitgeber | | |
| Krankenkasse: | Telefon privat: | | |
| Hausarzt: | Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen? | | |
| Telefon privat: | O Empfehlung durch (bitte Namen nennen): | | |
| Fax privat: | | | |
| Handy: | O Internet O Gelbe Seiten O Sonstiges: | | |
| E-Mail: | | | |
| Telefon Arbeit: | Ich wünsche eine Beratung zu | | |
| Versicherungsverhältnis | O Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe) | | |
| O Gesetzlich versichert | O Zahnfleischbehandlung | | |
| O Freiwillig versichert | O Sichere Amalgam-Entfernung O Metallfreie Zahnbehandlung | | |
| O Beihilfeberechtigt | O Zahnersatz | | |
| O Private Zusatzversicherung | O Lückenschluss mit Zahnimplantat und Krone | | |
| Grund meines Zahnarztbesuchs | · · | | |
| O Kontrolluntersuchung | O Feste Zähne statt Teilprothese | | |
| O Zahnschmerzen | O Verbesserung des ProthesenhaltsO Feste Zähne statt Totalprothese | | |
| O Zahnlockerungen | O Keramikfüllungen (Inlays) | | |
| O Zahnfleischbluten | O Keramik-Kronen und –Brücken | | |
| O Fehlende Zähne | O Keramik-Verblendschalen | | |
| O Probleme mit Zahnersatz | O Verschönerung meiner Zähne | | |
| O Neuer Zahnersatz | O Verschonerung meiner Zanne O Zahnaufhellung | | |
| O Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne | O Sonstiges: | | |
| O Kiefergelenksprobleme | O Johnstiges. | | |
| O Zähneknirschen | | | |

Weiter auf Seite 2



O Sonstiges:

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? | Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs | Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente |
|---|---|---|
| O Nein O Ja, und zwar | oder Osteoporose ein? | ein? |
| O Marcumar O Herz-ASS | O Nein O Ja, und zwar | O Nein O Ja, und zwar |
| 0 | 0 | O |
| Haben Sie Allergien? | Rauchen Sie? | Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? |
| O Nein O Ja, und zwar gegen | O Nein O Ja: Wie viel? | O Nein O Ja: In welchem Monat? |
| | | |
| | | |
| Erkrankungen | Meine Behandlungswünsche | Terminvereinbarung |
| O Herz-Kreislauferkrankungen. Welche? | O Ich möchte das Beste für meine Zähne. Bitte | Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Web- |
| | informieren Sie mich über die für mich optimale Behandlung, auch wenn meine Krankenkasse mög- | site heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben: Bitte senden oder faxen Sie ihn uns ausge- |
| O Herzklappenersatz O Endokarditis | licherweise nicht alles erstattet. | füllt zu und kreuzen Sie unten an, in welcher Form |
| O Herz-Operationen O Herz-Schrittmacher | O Ich möchte nur mit örtlicher Betäubung behan- | die Terminvereinbarung erfolgen soll: |
| O Herzinfarkt O Schlaganfall | delt werden | O Ich habe bereits einen Termin vereinbart. |
| O Störungen der Blutgerinnung | O Ich möchte nur bei schmerzhaften Eingriffen | O Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung |
| O Immunerkrankungen (z.B. HIV) | eine Spritze | an! Telefon: 08709 - 269 06 01 |
| O Wundheilungsstörungen | O Ich möchte genau über die Behandlung infor- | O Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an! |
| O Diabetes (Zuckerkrankheit) | miert werden | Sie erreichen mich am besten unter folgender |
| O Knochenmarks-Erkrankungen | O Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen | Telefonnummer und zu folgenden Zeiten: |
| O Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens | O Sonstige: | Telefon: |
| O Osteoporose | | |
| O Tumorerkrankungen | Tipp: | Zeit: |
| O Frühere Parodontose-Behandlung | Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie | |
| O Drogenabhängigkeit | bitte Ihr Bonusheft und Ihre Krankenversicherten- karte mit. | Vielen Dank für Ihr Vertrauen! |
| O Asthma/Lungenkrankheit | | Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen. |
| O Nervenerkrankungen | | |
| O Depressionen/Psychosen | | // D . T |
| O Lebererkrankungen O Nierenerkrankungen | | The Praxis-Team |
| O Epilepsie | | Ihr Praxis-Team Helmat Hirsch and Dr. Sebastian Bauer |
| O Magen-Darm-Erkrankungen | | The man fill our wife Di, Consoling Duner |
| O Hepatitis. Welche? | | Tiefenbach |
| O Sonstige: | (Datum/Unterschrift) | * |
| | | |



HELMUT HIRSCH DR. SEBASTIAN BAUER

PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

Zahnarztpraxis Helmut Hirsch Goldinger Str. 2

84184 Tiefenbach

Fax: 08709 - 269 06 02

| 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 Post | |
| ☐ Per E-Mail:(E-Mailadresse) | |
| Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden. | |
| | |
| | |
| Datum Unterschrift | |

