



lothar.jansen

sanfte zahnheilkunde

anspruchsvoll · innovativ · sicher

Anmeldebogen

Bevor wir uns gemeinsam über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Nachname: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Krankenkasse/Versicherung: _____

Ihre Adresse lautet: _____ Ort mit PLZ.: _____

Beruf

Arbeitgeber

Damit wir Sie bei einer Terminverschiebung umgehend anrufen können, bitten wir um alle Telefonnummern, unter denen Sie erreichbar sind. Ein kostenloser Service unserer Praxis ist die automatische Terminerinnerung per SMS auf Ihr Handy am Tag vor dem Termin (Hinweis: Rückantwort leider nicht möglich).

Hausanschluss

Mobiltelefon

Telefon am Arbeitsplatz

VERSICHERTER / MITGLIED

(falls Sie über eine andere Person, z.B. Vater oder Ehemann versichert sind)

Name: _____ Vorname: _____ geboren am : _____

Adresse: _____ Ort mit PLZ.: _____

PATIENTENSTATUS / ZUSATZVERSICHERUNG

- Ja, ich habe eine Zusatzversicherung. Wenn ja, welche?

- Ja, ich bin beihilfeberechtigt.
- Ja, ich habe ein Bonusheft.

IN EIGENER SACHE

Die meisten Patienten kommen auf Empfehlung zu uns. Damit wir uns für die Empfehlung bedanken können, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe.

- Ich komme auf Empfehlung von _____.
- Ich habe Sie im Internet entdeckt .
- Ich bin über das Telefonbuch oder die Gelben Seiten auf Sie aufmerksam geworden.
- Ich bin über die Zeitung auf Sie aufmerksam geworden.
- Meine Krankenkasse hat mir Sie als Spezialisten empfohlen.
- Die Zahnärztekammer hat mir Sie als Spezialisten empfohlen.

ALLGEMEINE MEDIZINISCHE ANAMNESE

Mein/e Hausarzt/ärztin ist: _____

Mein/e Heilpraktiker/in ist: _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Welche Allergien haben Sie _____

Haben Sie eine Erkrankung des Herzens oder der Atmung? ja nein

Haben Sie eine verzögerte Blutgerinnung (Blutgerinnungsstörung)? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Leiden Sie an einer Blutzuckererkrankung (Diabetes)? ja nein

Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, Tuberkulose oder andere)? ja nein

Leiden Sie an einer Nieren- oder Lebererkrankung? ja nein

Ist Ihr Magen- und Darmtrakt erkrankt? ja nein

Haben Sie eine Störung der Schilddrüsenfunktion? ja nein

Welche sonstige Erkrankungen haben Sie? _____

Konsumieren Sie Drogen? ja nein

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Knirschen oder pressen Sie nachts mit den Zähnen? ja nein

Knackt Ihr Kiefergelenk? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch öfter? ja nein

Schnarchen Sie ? ja nein

Haben Sie oft Kopf - und Nackenschmerzen? ja nein

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Leiden Sie an Mundgeruch? ja nein

- Ich bin an Prophylaxe/Zahnerhaltung interessiert, bitte klären Sie mich über die Möglichkeiten auf.
- Ich weiß nicht genau was Prophylaxe ist, bitte informieren Sie mich.
- Ich weiß über die verschiedenen Prophylaxemaßnahmen Bescheid, möchte aber keine Prophylaxe.

RECALLSERVICE

Zu unserem Service gehört es, unsere Patienten in unseren kostenlosen Recall aufzunehmen. Das bedeutet, dass wir Sie auf Wunsch per Post an den nächsten Kontrolltermin erinnern.

- Nein danke, ich möchte nicht erinnert werden.

Bitte beraten Sie mich zu den Themen:

- Weiße Zähne
- Implantate
- Auslandszahnersatz
- Kiefergelenk
- Sonstiges: _____

WICHTIGE HINWEISE

- Amalgam soll europaweit verboten werden(Stand Nov. 2007/ Frankfurter Rundschau vom 26.11.2007).
Wir verwenden kein Amalgam.
- Leider kommt es immer noch sehr häufig vor, dass Termine kurzfristig abgesagt werden oder der Patient gar nicht zum vereinbarten Termin erscheint. Wir weisen deshalb darauf hin, dass wir (gemäß der Rechtssprechung) berechtigt sind den Schaden, welcher durch den Behandlungsausfall entsteht, in Rechnung zu stellen.
- Medikamente und Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Unsere Zahnarztpraxis bietet anspruchsvolle Zahnmedizin auf höchstem Niveau. Dazu gehören sanfte, innovative Behandlungsmethoden, die Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm und sicher wie möglich machen. Durch unser dokumentiertes und überwachtetes Qualitätsmanagement-System nach DIN EN ISO 9001:2008 strebt unsere Praxis nach ständiger Verbesserung und Erfüllung der Patientenzufriedenheit. Wir sind stolz darauf Referenz-Praxis der Firma dental-qm zu sein; dental-qm ist wahrscheinlich das renomierteste Unternehmen im Bereich Qualitätsmanagement beim Zahnarzt.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und in unserer EDV erfasst. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Entgegen Art 17 DSGVO löschen wir Patientendaten der Dokumentation und Kontrolle des Behandlungsverlaufes nur auf Ihr ausdrückliches Verlangen

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben per Unterschrift.

Datum: _____

Unterschrift: _____

