

# Kornmann · Gerlach und Kollegen

Oralchirurgie · Kieferorthopädie · Zahnheilkunde



## Anmeldebogen

### Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihre persönlichen Wünsche und ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikoarme und individuelle Behandlung. Alle von uns gestellten Fragen werden in Übereinstimmung mit dem Datenschutzgesetz vom 26.08.2006 vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer ärztlichen Behandlung in unserer Praxis. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

### Patient:

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Anschrift (Straße, Hausnummer)

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Telefon Arbeitsplatz

Name, Vorname des Hauptversicherten

Geburtsdatum, Geburtsort des Hauptversicherten

Anschrift (Straße, Hausnummer) des Hauptversicherten

PLZ, Ort des Hauptversicherten

Telefon

Beruf

Arbeitgeber

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (Mehrfachnennungen möglich)

Ich wurde überwiesen. Name der Praxis: .....

Die Praxis wurde mir persönlich empfohlen von:  
.....

Ich habe mich vor meinem Besuch auf der Website informiert.

Ich wurde über Suche im Internet auf die Praxis aufmerksam.

Für mich waren die Patienten-Bewertungen im Internet entscheidend.

Sonstiges: .....

### Krankenversicherung

Gesetzlich versichert (GKV)

Freiwillig versichert (GKV)

Zahnzusatzversicherung vorhanden

Zuschussberechtigt (Sozial-/ Versorgungsamt)

Privat versichert (PKV) ohne Beihilfe

Privat versichert (PKV) mit Beihilfe

Privat versichert (PKV) nur Basistarif

### Grund Ihres Besuchs

Allgemeine Routineuntersuchung

Zahnschmerzen

Kiefergelenksbeschwerden

Überweisung durch .....

Überweisungsgrund .....

3D-Diagnostik, Computernavigierte Implantatplanung

Ästhetisch schöne Zähne, Zahnaufhellung

Kieferorthopädische Behandlung

Zweite Zahnarztmeinung

### Leiden Sie oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herzinfarkt / Wenn ja, in welchem Jahr? .....

Herzinsuffizienz / Herzerkrankung

Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)

Herzrhythmusstörungen

Herzschrittmacher

Künstliche Herzklappen

Herzpass vorhanden

Niedriger Blutdruck

Hoher Blutdruck

Ohnmachtsneigung

Angina pectoris

**Blut**

- Gerinnungsstörungen
- Neigung zu Nachbluten

**Atmungswege/ Lunge**

- Asthma
- Bronchitis

**Stoffwechsel**

- Zuckerkrankheit (Diabetes 1/11)
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

**Nerven**

- Kopfschmerzen
- Migräne
- Epileptische Anfälle

**Nieren**

- Nierenerkrankung
- Dialyse

**Augen**

- Grüner Star
- Grauer Star

**Magen-Darm-Trakt**

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

**Infektionskrankheiten**

- Hepatitis A/B/C
- HIV/ Aids
- sonstige

**Allergien**

- Allergiepass vorhanden
- Zahnärztliche Werkstoffe
- 

**Medikamente**

- Regelmäßige Einnahme von .....
- 
- 
- 
- 
- Blutgerinnungsmittel (Marcumar, Heparin, Ass)
- Unverträglichkeit gegen .....
- Bisphosphonate

**Schwangerschaft**

- ja, in der ..... Woche     nein     ungewiss

**Sonstiges**

- Kiefergelenksprobleme (z.B. Knacken, Reiben, Schmerzen)
- Schnarchen
- Schlafstörungen
- Tagesmüdigkeit
- Schwindel / Konzentrationsstörungen

**Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?**

.....

**Angaben zu Veränderungen meines allgemeinen Gesundheitszustandes**

Für den Fall, dass sich zwischendurch mein Gesundheitszustand ändert, informiere ich meinen Zahnarzt vor der nächsten Behandlung.

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

**Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen**

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnmedizinischen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann, und zwar sowohl durch die Behandlung an sich als auch durch den Einfluss von Injektionen und anderen Medikamenten. Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte grundsätzlich bei jedem Besuch. Liegt sie um 14 Tage nach Behandlung noch nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und senden Ihnen unsere Rechnung zu.

**Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.**

## Patientenservice

 **Recall-Service**

Ich möchte den Recall-Service in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch, per Fax oder E-Mail an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und/oder Behandlung.

 **Informations-Service**

Ich möchte gerne per Post oder E-Mail Informationen aus der Praxis Kornmann, Gerlach und Kollegen erhalten.

Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....