

# Anmeldebogen



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.

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. Herzlichen Dank!

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 Zahnärztin

Dr. Carola Kerner

## Patient

Name: \_\_\_\_\_

Vorname/Titel: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon Arbeit: \_\_\_\_\_

## Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname/Titel: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

## Versicherungsverhältnis

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

## 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: \_\_\_\_\_

## 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



Zahnarztpraxis  
Dr. Carola Kerner

www.mein-zahnarzt-konstanz.de

Mainastr. 142  
78464 Konstanz  
Tel. 07531 458458



## 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!

### Rauchen Sie?

Nein  Ja: Wie viel? \_\_\_\_\_

### Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Nein  Ja: In welchem Monat? \_\_\_\_\_

### Haben Sie Allergien?

Nein  Ja, und zwar gegen \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

### Erkrankungen

Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?  
\_\_\_\_\_

Herzklappenersatz

Endokarditis

Herz-Operationen

Herz-Schrittmacher

Herzinfarkt

Schlaganfall

Störungen der Blutgerinnung

Immunerkrankungen (z.B. HIV)

Wundheilungsstörungen

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Knochenmarks-Erkrankungen

Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens

Osteoporose

Tumorerkrankungen

Frühere Parodontose-Behandlung

Drogenabhängigkeit

Asthma/Lungenkrankheit

Nervenerkrankungen

Depressionen/Psychosen

Lebererkrankungen

Nierenerkrankungen

Epilepsie

Magen-Darm-Erkrankungen

Hepatitis. Welche? \_\_\_\_\_

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 **Krankenversicherungskarte** mit.

### Terminvereinbarung

**Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Website heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben:** Bitte senden oder faxen 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!  
(Tel. 07531 458458)

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

### Ihr Praxis-Team

**Dr. Carola Kerner**

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

x

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

### 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.

Anschreibenfeld passend für Fensterkuvert

**Zahnarztpraxis  
Dr. Carola Kerner  
Mainastr. 142  
78464 Konstanz**

Fax: 07531 458459



**Zahnarztpraxis  
Dr. Carola Kerner**

Mainastr. 142  
78464 Konstanz  
Tel. 07531 458458

[www.mein-zahnarzt-konstanz.de](http://www.mein-zahnarzt-konstanz.de)

