

## Anmeldebogen mit Anamnese

Wir bitten Sie im eigenen Interesse den Bogen sorgfältig auszufüllen und diesen dann bei Ihrem ersten Termin mitzubringen. Vielen Dank!

Nachname		Vorname		Geburtsdatum/Geburtsort	
Strasse/Hausnummer		Postleitzahl		Ort	
Telefon	Mobiltelefon	Telefax		E-Mail	
Beruf		Arbeitgeber		Telefon beruflich	
Versicherung					

Wenn Sie nicht selbst Versicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?

Nachname		Vorname		Geburtsdatum/Geburtsort	
Strasse/Hausnummer		Postleitzahl		Ort	

Erhalten Sie Beihilfe des öffentlichen Dienstes?  ja  nein

Wer hat uns empfohlen, bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ja, ich willige hiermit ein, Informationen zugesandt zu bekommen. Die Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

### Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

- |                                    |   |   |   |
|------------------------------------|---|---|---|
| Haben Sie Zahnschmerzen            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie Kiefergelenkschmerzen?                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutet Ihr Zahnfleisch?            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sind Sie mit der Ästhetik (Aussehen) Ihrer Zähne zufrieden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

### Liegen bei Ihnen Grunderkrankungen oder gesundheitliche Risiken vor?

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leiden Sie an Diabetes?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           |
| Nehmen sie zur Zeit oder regelmäßig Medikamente ein?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           |
| Wenn ja welche?                                       |   | Leiden Sie an einer Magen-Darmerkrankung?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           |
|   |   | Leiden Sie an Migräne?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           |
|   |   | Leiden Sie an grünem Star?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           |
|   |   | Leiden Sie an einer Prostataerkrankung?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           |
|   |   | Leiden Sie an Rheuma?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           |
| Sind Sie zur Zeit schwanger?                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben oder hatten Sie ein Tumorleiden?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           |
| Wer ist Ihr Hausarzt?                                 |   | Wenn ja wurden Ihnen Bisphosphonate verordnet?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           |
|   |   | Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           |
| Besitzen Sie einen Gesundheitspass?                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Tuberkulose |   |
| Leiden Sie an Herz-Kreislauferkrankungen?             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie ein künstliche Herzklappe/Gelenk (Hüfte, Knie Schulter)/Herzschrittmacher?                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           |
| Wenn ja welche?                                       |   | Leiden Sie an Asthma?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           |
| Sind Sie auf bestimmte Stoffe/Medikamente allergisch? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           |
| Wenn ja welche?                                       |   | Rauchen Sie?  | <input type="checkbox"/> ja, ca. _____ Zigaretten/Tag <input type="checkbox"/> nein |

### Liegen bei Ihnen besondere Umstände bei der zahnärztlichen Behandlung vor?

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Leiden Sie unter Würgereiz?                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Besitzen Sie herausnehmbaren Zahnersatz (Prothesen)?              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gab es Nebenwirkungen bei zahnärztlichen Injektionen?    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja seit welchem Jahr etwa?                                   | _____   |
| Wenn ja welche?  |   | Wurde eine Zahnfleischbehandlung bisher durchgeführt?             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|  |   | Wenn ja in welchem Jahr etwa?                                     | _____   |
| Leiden Sie unter Lippenherpes?                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Besitzen Sie festsitzenden Zahnersatz (Kronen, Brücken)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wurde schon einmal eine Knirscherschiene gefertigt?               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja seit welchem Jahr etwa?                          | _____   | Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenbilder ihrer Zähne gemacht? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

### Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- |                              |   |                        |   |
|------------------------------|---|------------------------|---|
| Amalgam Entfernung           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Parodontalbehandlung   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Quecksilber Ausleitung       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Kiefergelenkbehandlung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ästhetische Zahnheilkunde    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Implantate             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfarbene Keramikfüllungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Behandlung in Narkose  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnaufhellung / Bleaching   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstiges              |   |

**Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem Interesse vollständig, Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich. Sobald sich an diesen Angaben etwas ändert teilen sie uns dieses bitte sofort mit.**

**Wir bitten Sie höflich, die vereinbarten Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte spätestens 24 Stunden vorher mit, ansonsten kann Ihnen der Behandlungsausfall lt. BGB in Rechnung gestellt werden.**

Ort / Datum

Unterschrift

## Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten Behandlungstermins

zwischen

und

Zahnarzt / Zahnärztin

Patient/Zahlungspflichtigem

Dr. Thomas Schröder  
Kompetenz – Zentrum Moderne Zahnmedizin

***Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.***

***Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten.***

***So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.***

Ort / Datum

Ort / Datum

Unterschrift Zahnarzt / Zahnärztin

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger bzw. gesetzl. Vertreter