



Dr. Detlef Becker  
Zahnarzt

Zahnarztpraxis Dr. Detlef Becker	www.zahnarzt-dr-detlef-becker.de
Parkweg 4	E-Mail: becker-grainau@t-online.de
82491 Grainau	Telefon: 08821 81338
	Fax: 08821 81442

## Anmeldebogen – Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Liebe Patienten,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, die beiden folgenden 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.

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!

Ihr Zahnarzt

*Dr. Detlef Becker*

## Anmeldebogen

Patient	
Name	
Vorname/Titel	
Straße	
PLZ/Ort	
Geburtsdatum	
Beruf	
Arbeitgeber	
Krankenkasse	
Hausarzt	
Telefonnr.	
Handynr.	
E-Mail-Adresse	

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?
<input type="checkbox"/> Empfehlung durch:
<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Gelbe Seiten
<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Grund meines Zahnarztbesuches
<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung
<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen
<input type="checkbox"/> Zahnlockerungen
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten
<input type="checkbox"/> Fehlende Zähne
<input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit Optik der Zähne
<input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme
<input type="checkbox"/> Zähneknirschen
<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Versicherter	
Name	
Vorname/Titel	
Straße	
PLZ/Ort	
Geburtsdatum	
Beruf	
Arbeitgeber	
Telefonnr.	

Versicherungsverhältnis
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert
<input type="checkbox"/> Privat versichert
<input type="checkbox"/> Zum Basistarif privat versichert
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt
<input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung

Ich wünsche eine Beratung zu
<input type="checkbox"/> Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung
<input type="checkbox"/> Sichere Amalgamentfernung
<input type="checkbox"/> Metallfreie Zahnbehandlung
<input type="checkbox"/> Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Lückenschluss mit Zahnimplantat und Krone
<input type="checkbox"/> Feste Zähne statt Teilprothese
<input type="checkbox"/> Verbesserung des Prothesenhalts
<input type="checkbox"/> Feste Zähne statt Totalprothese
<input type="checkbox"/> Keramikfüllungen (Inlays)
<input type="checkbox"/> Keramik-Kronen und -Brücken
<input type="checkbox"/> Keramik-Verblendschalen
<input type="checkbox"/> Verschönerung meiner Zähne
<input type="checkbox"/> Zahnaufhellung
<input type="checkbox"/> Sonstiges:



## Angaben zum 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 Allergiepass zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit Medikamente einnehmen müssen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!

Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Wie viel?
Haben Sie Allergien? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – gegen
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Welche?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – In welchem Monat?
Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs/Osteoporose? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Welche?
Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Welche?

Erkrankungen		
<input type="checkbox"/> Herz- Kreislauferkrankungen – Welche? _____	<input type="checkbox"/> Immunerkrankungen (z.B. HIV)	<input type="checkbox"/> Asthma/Lungenkrankheit
<input type="checkbox"/> Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Endokraditis	<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Depressionen/Psychosen
<input type="checkbox"/> Herz-Operationen	<input type="checkbox"/> Knochenmarks-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen
<input type="checkbox"/> Herzschrittmachen	<input type="checkbox"/> Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen
	<input type="checkbox"/> Frühere Paradontose-Behandlung	<input type="checkbox"/> Hepatitis – Welche? _____
		<input type="checkbox"/> Sonstige:

Meine Behandlungswünsche
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Ich möchte nur mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
<input type="checkbox"/> Ich möchte nur bei schmerzhaften Eingriffen eine Spritze.
<input type="checkbox"/> Ich möchte genau über die Behandlung informiert werden.
<input type="checkbox"/> Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen.
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<b>Tipp:</b> Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie Ihr Bonusheft und Ihre Krankversichertenkarte mit.

Terminreminder (Recall)
Mit unserem Recall-System erinnern wir Sie bzw. Ihr Kind an Ihre regelmäßigen Kontrolltermine in unserer Praxis:
<input type="checkbox"/> Ich möchte en notwendige Kontrolltermine erinnert werden. _____ (E-Mail)
Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden.
_____ Datum                      _____ Unterschrift

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:
<input type="checkbox"/> Ich habe bereits einen Termin vereinbart
<input type="checkbox"/> Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung an.
<input type="checkbox"/> Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an. Telefonnummer: _____ Uhrzeit: _____
Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.
_____ Datum                      _____ Unterschrift

