

**Zahnarztpraxis
Jens Drösemeyer**

Vogteistraße 4 - 29683 Bad Fallingb.otel
Telefon: 05162-903666 - Telefax: 05162-903667

Guten Tag und ein herzliches Willkommen,

dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben, freut uns sehr - vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Vor Ihrem ersten Termin möchten Sie uns sicher näher kennenlernen. Auf unserer Homepage stellen wir uns Ihnen deshalb gerne vor, wie wir zeitgemäße Zahnheilkunde sehen, wie wir arbeiten und wer wir sind.

Ihre Behandlung wollen wir optimal vorbereiten. Deshalb eine Bitte an Sie: Füllen Sie den Anmeldebogen aus und schicken Sie ihn bald an uns zurück oder bringen ihn zum nächsten Termin mit in die Praxis. Sollten Sie regelmäßig viele Medikamente einnehmen, listen Sie uns bitte die Namen der Präparate und die Dosierung der Einnahme auf einem separaten Zettel auf. Ihre Daten behandeln wir selbstverständlich vertraulich. Gerne können Sie uns bei dieser Gelegenheit vorab über Ihre Wünsche oder Fragen zum Thema Zahnheilkunde informieren.

Bei Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis möchten wir Sie bitten ein paar Minuten vor dem vereinbarten Termin zu erscheinen, um ggf. noch Formulare zu klären. Bitte bringen Sie - sofern vorhanden - Ihre Krankenversichertenkarte und die €10.- Praxisgebühr mit.

Beim ersten Termin werden die Untersuchungen durchgeführt, die notwendig sind und die Kenntnis geben über eventuelle Probleme Ihres Kausystems. Sie sind auch wichtig für den weiteren Verlauf einer möglichen Behandlung. Eventuell notwendig werdende weiterführende Untersuchungen werden zu einem späteren Zeitpunkt nach Bedarf erhoben.

Zum Schluss noch etwas in eigener Sache: Bitte rufen Sie uns frühzeitig an, falls Sie zum vereinbarten Termin nicht erscheinen können oder sich verspäten werden. Dann wissen wir, "woran wir sind", können umdisponieren und Wartezeiten vermeiden.

Mit freundlichen Grüßen und bis bald

Zahnarztpraxis
Jens Drösemeyer

Wir freuen uns auf Sie!

Anmeldebogen mit Krankengeschichte

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?	
Vorname:	_____	Name:	_____
Geburtsdatum:	_____	Vorname:	_____
Adresse:	_____	Geburtsdatum:	_____
Tel. Privat:	_____	Adresse:	_____
Beruf:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?	
Arbeitgeber, Ort:	_____	Name:	_____
	_____	Adresse:	_____
Tel. Arbeitsplatz:	_____		
Krankenkasse:	_____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?	ja / nein
pflichtversichert:	ja / nein		
Standardtarif	ja / nein	Basistarif	ja / nein
Wer hat uns empfohlen?	_____		
Wer ist Ihr Hausarzt ?	_____		
<u>Bestehen gesundheitliche Risiken?</u>			
Wenn ja, welche?	_____		
Haben Sie einen Allergiepass?			ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe (Allergie) ?			ja / nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ?			ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?			ja / nein
Haben Sie zu hohen / niedrigen Blutdruck ?	_____	mm / Hg	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?			ja / nein
Haben Sie eine Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis B / Hepatitis C) ?			ja / nein
Haben Sie Diabetes?			ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?			ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung?			ja / nein
Haben Sie eine Nierenerkrankung?			ja / nein
Haben Sie grünen Star (Glaukom) ?			ja / nein
Haben Sie eine Neigung zu epileptischen Anfällen / Krämpfen?			ja / nein
Haben Sie Asthma?			ja / nein

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche ja / nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein und wenn ja, welche? ja / nein
_____ ggf. Rückseite benutzen

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja / nein Haben Sie Geräusche oder Schmerzen ja / nein
zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja / nein im Kiefergelenk?
Sind Ihre Zähne gelockert? ja / nein Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja / nein
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? ja / nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja / nein
Möchten Sie darüber eine Beratung? ja / nein
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert? ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Bad Fallingbostal, den _____

Sollte sich künftig etwas an Ihrer Gesundheitssituation oder Ihrer Medikamenteneinnahme einschneidend ändern, teilen Sie uns dies bitte unaufgefordert mit.