

*Schön, dass Ihre Wahl auf uns gefallen ist.*

Anmeldung bei Praxismgemeinschaft  
Dr. Bastian Haidle & Thomas Klee

Seite 1 von 2

Wir speichern Ihre Angaben digital, der Datenschutz(DSGVO) und das  
Arztgeheimnis werden selbstverständlich beachtet.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dies zur Kenntnis genommen zu haben und  
dass Ihre Angaben der Wahrheit entsprechen.

Herzlichen Dank!

**Patient**

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**Versicherter**

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

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

**Hausarzt**

Titel: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

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

**Versicherungsverhältnis**

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

**Angaben zur Gesundheit**

- Nehmen Sie blutverdünnende  
Medikamente ein?**  Nein
- Ja, und zwar  Eliquis  Pradaxa
  - Xarelto  Marcumar  Herz-ASS
- Sonstige: \_\_\_\_\_

- Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs  
oder Osteoporose 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

Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt  
worden?  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

- Nehmen Sie regelmäßig andere  
Medikamente ein?**  Nein

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

**Wie haben Sie zu uns gefunden?**

- Internet
- Gelbe Seiten
- Empfehlung durch (bitte Namen nennen): \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien?**  Nein

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

**Rauchen Sie?**  Nein

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

**Für Patientinnen** Sind Sie schwanger?  Nein

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

- Osteoporose
- Tumorerkrankungen
- Frühere Parodontitis-Behandlung
- Drogenabhängigkeit
- Asthma/Lungenkrankheit
- Nervenerkrankungen
- Depressionen/Psychosen
- Lebererkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Epilepsie
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Hepatitis. Welche? \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen  
Behandlung Komplikationen auf?  Ja, und \_\_\_\_\_



Praxismgemeinschaft

Dr. Bastian Haidle & Thomas Klee

Volmestraße 2  
D-58540 Meinerzhagen  
Telefon: 02354/6338

[zahnarztpraxis-meinerzhagen.de](http://zahnarztpraxis-meinerzhagen.de)

# Anmeldung bei Praxismgemeinschaft Dr. Bastian Haidle & Thomas Klee

Seite 2 von 2

**Tipp:** Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr Bonusheft und ihre Kranken-versichertenkarte mit.

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

## Grund meines Zahnarztbesuches

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnlockerungen
- Zahnfleischbluten
- Fehlende Zähne
- Probleme mit Zahnersatz
- Neuer Zahnersatz
- Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Achtung:** Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

Ja

## Ich wünsche eine Beratung zu:

- 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: \_\_\_\_\_

**Service:** Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

Ja

## 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! (Telefon: 02354/6338)

**Willkommen:** Wir freuen uns auf Ihren ersten Besuch bei uns, Ihre Praxismgemeinschaft:

**Dr. Bastian Haidle & Thomas Klee**

## Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitte wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann, und Ihnen keine Ausfallgebühr in Rechnung gestellt wird.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit!

## Datenschutz

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

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

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



Dr. Bastian Haidle & Thomas Klee

Volmestraße 2  
D-58540 Meinerzhagen  
Telefon: 02354/6338

[zahnarztpraxis-meinerzhagen.de](http://zahnarztpraxis-meinerzhagen.de)