



Praxisgemeinschaft

Dr. Bastian Haidle & Thomas Klee

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

Volmestraße 2

D-58540 Meinerzhagen

Telefon: 02354/6338

zahnarztpraxis-meinerzhagen.de

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:

Telefon:

Beruf:

E-Mail:

## Versicherter

Name:

Geb.-Datum:

## Hausarzt

Arzt:

## Unterschrift

## Anmeldung:

### Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

## Angaben zur Gesundheit

Bitte zutreffendes ankreuzen:

### Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

- Ja, und zwar  Eliquis  Pradaxa
- Xarelto  Marcumar  Herz-ASS

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

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

- Ja, und zwar  Nein

### Erkrankungen

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

- Herzklappenersatz
- Endokarditis
- Herz-Operationen
- Herz-Schrittmacher
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Störungen der Blutgerinnung
- Immunerkrankungen. Welche? \_\_\_\_\_

- Wundheilungsstörungen
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Knochenmarks-Erkrankungen

### Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

- Ja, und zwar  Nein

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

## 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, bitten 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.

## Pflegestufe / Grad?

Ja

### Wie haben Sie zu uns gefunden?

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

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

### Haben Sie Allergien?

Ja, und zwar gegen  Nein

### Rauchen Sie?

Ja: Wie viel?  Nein

### Für Patientinnen Sind Sie schwanger?

Ja: In welchem Monat?  Nein

- Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens
- Osteoporose
- Tumorerkrankungen
- Frühere Parodontitis-Behandlung
- Drogenabhängigkeit
- Asthma/Lungenkrankheit
- Nervenerkrankungen
- Depressionen/Psychosen
- Lebererkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Epilepsie
- Magen-Darm-Erkrankungen

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

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



Praxisgemeinschaft

Dr. Bastian Haidle & Thomas Klee

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

Volmestraße 2

D-58540 Meinerzhagen

Telefon: 02354/6338

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

Seite 2 von 2

**Tipp:** Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr Bonusheft und ihre Krankenversichertenkarte 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 Praxisgemeinschaft:

**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, bitten 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)