

Anmeldung

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben! 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. Vielen Dank!



Liebe Patienten,
ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, **beide** 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. Vielen Dank!

Ihr Kieferorthopädin
Dr. Sabine Tarnovius

Patient

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Telefon privat:

Fax privat:

Handy:

E-Mail:

Telefon Arbeit:

Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Freiwillig versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

Grund meines Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung
- Fehlende Zähne
- Probleme mit Zahnersatz
- Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen
- Sonstiges:

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Telefon privat:

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

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

Ich wünsche eine Beratung zu

- Kieferorthopädische Behandlung
- Empfehlung des Zahnarztes zur kieferorthopädischen Frühbehandlung
- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Verschönerung meiner Zähne
- Keramikverblendschalen (Veneers)
- Zahnaufhellung
- Sonstiges:

Weiter auf Seite 2

Angaben zum Gesundheits-Zustand

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 **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit **Medikamente** einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
 Nein Ja, und zwar
 Marcumar Herz-ASS

Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?
 Nein Ja, und zwar

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?
 Nein Ja, und zwar

Haben Sie Allergien?
 Nein Ja, und zwar gegen
.....
.....

Rauchen Sie?
 Nein Ja: Wie viel?
.....

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?
 Nein Ja: In welchem Monat?
.....

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
 Osteoporose
 Tumorerkrankungen
 Frühere Parodontose-Behandlung
 Drogenabhängigkeit
 Asthma/Lungenkrankheit
 Nervenerkrankungen
 Depressionen/Psychosen
 Lebererkrankungen Nierenerkrankungen
 Epilepsie
 Magen-Darm-Erkrankungen
 Hepatitis. Welche?
 Sonstige:
.....

Meine Behandlungswünsche
 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
 Sonstige:
.....
Tipp:
Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr **Bonusheft** und Ihre **Krankenversichertenkarte** mit.
.....
(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:
 Ich habe bereits einen Termin vereinbart.
 Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung an! **Telefon: 089 - 56 70 94**
 Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an! Sie erreichen mich am besten unter folgender Telefonnummer und zu folgenden Zeiten:
Telefon:
Zeit:
Vielen Dank für Ihr Vertrauen!
Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

Ihr Praxis-Team
Dr. Sabine Tarnovius
München

Wichtige Hinweise:

In unserer Praxis wird ausschließlich digital geröntgt wird. Je Bild berechnen wir eine Pauschale von 8,- EURO.

Bei Patienten über 18 Jahren übernimmt die Krankenkasse keine Kosten für eine kieferorthopädische Beratung. Diese Kosten werden privat in Rechnung gestellt. Für das Erstellen eines Kostenvorschlages werden Anfangsunterlagen benötigt, die ebenfalls in Rechnung gestellt werden.

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Dr. Sabine Tarnovius
Fürstenrieder Str. 34

D-80686 München

Fax: 089 - 56 21 24

Service für Sie: Termin-Erinnerung (Recall)

Mit unserem Recall-System erinnern wir Sie bzw. Ihr Kind an Ihre regelmäßigen Kontrolltermine in unserer Praxis:

Ich möchte an notwendige Kontrolltermine erinnert werden.

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

.....
Datum / Unterschrift