



## Anmeldung:

### Patient:

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

### Versicherter:

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

### Versicherungsverhältnis:

☐ Gesetzlich, Krankenkasse: \_\_\_\_\_ ☐ Privat, Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ beihilfeberechtigt ☐ private Zusatzversicherung

### Zahnärztliche Gesundheitsfragen:

Haben Sie Probleme mit:

|                                                               |                                                           |                         |                                                           |                          |                                                           |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|
| empfindlichen Zähnen?                                         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Zahnfleischbluten?      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | beim Kauen?              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Zahnfleischschwund?                                           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Ihrem Zahnersatz?       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Mundgeruch?              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Kopfschmerzen/ Migräne?                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Kiefergelenksgeräusche? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |                          |                                                           |
| Knirschen oder pressen Sie?                                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Rauchen Sie?            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wieviel? ____ Stück/ Tag |                                                           |
| Haben Sie Probleme/ Schmerzen im Kopf-, Mund-, Kieferbereich? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Welche?                 | _____                                                     |                          |                                                           |
| Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz?                         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wie alt ist dieser?     | ____ Jahre                                                |                          |                                                           |
| Haben Sie bestehende Restaurationen (Brücken, Kronen usw.)?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wie alt ist diese?      | ____ Jahre                                                |                          |                                                           |
| Besteht ein Bonusanspruch (regelmäßiges Bonusheft)?           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |                         |                                                           |                          |                                                           |

### Behandlungsmethoden:

Kassenpatienten: Wünschen Sie lediglich eine Versorgung im Rahmen der kassenärztlichen Möglichkeiten, die laut Gesetz nur ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein dürfen? ☐ Ja ☐ Nein

Wünschen Sie eine darüber hinausgehende Beratung über haltbare, schönere, biologischere und komfortablere Behandlungsmethoden (z.B. Gold-, Keramikfüllungen, Implantate/ künstliche Zahnwurzeln), zeitgemäße Parodontitis- Behandlung, haltbare Prothetik, Ernährungs- und Mundhygieneberatung, usw.? ☐ Ja ☐ Nein

Ist Ihnen Ihr Aussehen wichtig? ☐ Ja ☐ Nein

Wir beraten Sie gerne über Veränderung der Zahnfarbe, Entfernung von Flecken, verfärbten Füllungen, schwarze Kronenränder, verfärbtes Zahnfleisch, Zahnstellung, usw.! Bitte sprechen Sie uns an!

**BITTE WENDEN**

Allgemeine Gesundheitsfragen (bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit ausfüllen)

Bitte ankreuzen:      und/oder      unterstreichen, ergänzen:

- ☐ Erkrankungen des Herzens: Herzfehler, Infarkt, Schrittmacher, Operationen, Endokarditis, unregelmäßiger Herzschlag
- ☐ Kreislauferkrankungen:      hoher o. niedriger Blutdruck, Durchblutungsstörung, Beinvenenthrombose/Krampfadern, Gehirnschlag
- ☐ Bluterkrankungen:      Gerinnungsstörungen, blaue Flecken, Nachblutung ,Blutarmut
- ☐ Internistischer Erkrankungen: Zucker (Diabetes), Schilddrüse, Rheuma, Lunge, , Niere, Magen- Darm, Sodbrennen, Erbrechen
- ☐ Anfallsleiden und Nerverkrankungen: Epilepsie, Parkinson, Depression, Schlafstörung, Migräne, Trigeminusneuralgie, Krämpfe
- ☐ Infektionskrankheiten:      Herpes, Aphthen , Hepatitis, Tbc, Geschlechtskrankheit, HIV, AIDS, Lungenentzündung
- ☐ Erkrankungen des Bewegungsapparates: Arthrose, Rheuma, M.Bechterew, Halswirbelsäulenprobleme, Wirbelsäulenbeschwerden

Sonstiges:

z.B.Unfall,Tumor,Neurodermitis. . . \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?      ☐ Ja ☐ Nein      Welche ? \_\_\_\_\_

Bekommen Sie Infusionen?      ☐ Ja ☐ Nein      Welche?/Wofür? \_\_\_\_\_

Sind Allergien, Arzneimittelunverträglichkeiten bekannt? ☐ Ja ☐ Nein      Gegen? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?      ☐ Ja ☐ Nein      Besteht ein Kinderwunsch?      ☐ Ja ☐ Nein

Erklärung:

Ihre Zeit und Ihre Gesundheit sind uns wichtig! Deshalb wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Die Behandlung Ihrer Zähne erfolgt nach einem genau festgelegten Zeitplan. Ihre Behandlungszeit ist nur für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher um Nachricht.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir reservierte, aber nicht in Anspruch genommene Behandlungszeiten mit 15 Euro pro Viertelstunde in Rechnung stellen müssen.

Kassenpatienten: Wird die Krankenversichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt, müssen wir die gesamten Behandlungskosten privat in Rechnung stellen.

Wir versichern Ihnen den vertraulichen Umgang mit Ihren Daten. Bei Aufnahme eines Behandlers, dem Ausscheiden eines Behandlers oder bei Veräußerung der Praxis werden wir Ihre Behandlungsdaten an die neuen Behandler oder an den Nachfolger übergeben. Wir werden jedoch im Rahmen eines Einstiegs-, bzw. Übergabevertrages dafür Sorge tragen, dass nur dann auf die Behandlungsdaten zurückgegriffen wird, wenn Sie sich entschließen, bei dem jeweiligen Behandler Patient zu werden. Durch die begrenzte Schweigepflichtsentscheidungserklärung stellen Sie sicher, dass Sie immer eine optimale medizinische Versorgung erhalten und wichtige Daten dem Behandler Ihrer Wahl jederzeit zur Verfügung stehen. Bitte beachten Sie die zusätzliche Datenschutzerklärung!

Haben Sie Interesse an unserem Recallsystem (Wir erinnern Sie an die Vorsorgeuntersuchung)?      ☐ Ja      ☐ Nein

Hinweis:

Eine schmerzstillende Injektion verringert Ihre Verkehrstüchtigkeit!

Es ist klar, dass der Körper den Eingriff und die Lokalanästhesie erst verarbeiten muss. Sicher ist sicher: Fahren Sie nach einer schmerzhaften Behandlung möglichst nicht mit dem Auto, Motorrad oder Fahrrad. Das gilt besonders dann, wenn Sie ein schmerzstillendes Medikament eingenommen haben. Ihre Reaktionsfähigkeit ist vermindert!

Hiermit erkläre ich mich mit dem oben aufgeführten Punkten für einverstanden und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Mönchengladbach, den \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_

Copyright 2007-2019 Dr. Oliver Junker

Platz für freie Äußerungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_