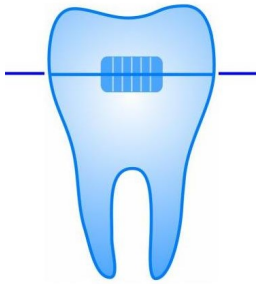


# Anmeldung



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 Praxisbesuch ist immer Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Behandlung anvertrauen wollen.

Um diese 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 besonderen Wert legen.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Ihre Kieferorthopäden

Dr. Ralf Eckardt & Dr. Anne Kern

## Patient

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Krankenkasse: .....

Hauszahnarzt: .....

Telefon privat: .....

Handy: .....

E-Mail: .....

Telefon Arbeit: .....

## Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Zum Basistarif privat versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

## Grund meines Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung
- Fehlende Zähne
- Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen
- Schnarchen und Schlafapnoe
- 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
- Kieferorthopädische Frühbehandlung
- Ästhetische Zahnregulierung
- Behandlung von Kiefergelenks-Problemen
- Schnarcherschienen
- 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? .....

**Schnarchen Sie?**  
 Nein  Ja


**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 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 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!  
 Erlangen: 09131 - 20 54 06  
 Herzogenaurach: 09132 - 7 32 13 70

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!  
 Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

**Ihr Praxis-Team**  
**Dr. Ralf Eckardt & Dr. Anne Kern**

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

Fachzahnärzte für Kieferorthopädie  
 Dr. Ralf Eckardt & Dr. Anne Kern

Calvinstraße 5  
 91054 Erlangen