

# Anmeldebogen



## Zahnarztpraxis Ralf Meyrahn

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 Zahnarzt

*Ralf Meyrahn*

Wir freuen uns, 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.

Herzlichen Dank!

### Patient

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

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

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

### Versicherter (Eltern, Ehegatte)

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

### Versicherungsverhältnis

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

### Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch (bitte Namen nennen):  
\_\_\_\_\_

Internet     Gelbe Seiten     Sonstiges:  
\_\_\_\_\_

### Grund meines Zahnarztbesuchs

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

### Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Zahnfleischbehandlung
- Sichere 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: \_\_\_\_\_

Weiter auf Seite 2



# Angaben zum Gesundheitszustand

**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!

## Rauchen Sie?

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

## Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

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

## Haben Sie Allergien?

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

## Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

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

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

## Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

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

## Erkrankungen

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen. Welche? _____ | <input type="checkbox"/> Immunerkrankungen (z.B. HIV)             | <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenkrankheit   |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz                       | <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen                    | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis                            | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)               | <input type="checkbox"/> Depressionen/Psychosen   |
| <input type="checkbox"/> Herz-Operationen                        | <input type="checkbox"/> Knochenmarks-Erkrankungen                | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Herz-Schrittmacher                      | <input type="checkbox"/> Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                             | <input type="checkbox"/> Osteoporose                              | <input type="checkbox"/> Epilepsie                |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                            | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen                        | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen  |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Blutgerinnung             | <input type="checkbox"/> Frühere Parodontose-Behandlung           | <input type="checkbox"/> Hepatitis. Welche? _____ |
|  | <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit                       | <input type="checkbox"/> 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
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Tipp:

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, bringen Sie bitte Ihr **Bonusheft** und Ihre **Krankenversichertenkarte** mit.

## 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.
- Per Telefon: \_\_\_\_\_ (Telefonnummer)
- Per E-Mail: \_\_\_\_\_ (E-Mailadresse)
- Per Post

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



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

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

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.



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

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

Anschreibenfeld passend für Fensterkuvert

**Zahnarztpraxis**  
**Ralf Meyrahn**  
**St.-Martin-Str. 64**  
**82467 Garmisch-Partenkirchen**

**Fax: 08821 - 943 15 13**

## 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! (Telefonnummer siehe unten auf dieser Seite)
- Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an!

Sie erreichen mich am besten unter meiner folgenden Telefonnummer und zu folgenden Zeiten:

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

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

**Ihr Praxis-Team**  
**Ralf Meyrahn**



Zahnarztpraxis Ralf Meyrahn ■ St.-Martin-Str. 64, 82467 Garmisch-Partenkirchen ■ Tel. 08821 - 943 15 15

[www.zahnarzt-in-garmisch.de](http://www.zahnarzt-in-garmisch.de)