Zahnarztpraxis Sacha Karmoll

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 zwei Arbeitstage vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. So vermeiden Sie die Unannehmlichkeit, dass wir die für Sie reservierte Zeit berechnen müssen (pro 10min reservierter Behandlungszeit 85€).** Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

Patient

Name:.....
Vorname / Titel:.....
Geb. Datum:.....
Straße:.....
PLZ / Ort:.....

Beruf:.....

Arbeitgeber:.....

Krankenkasse:.....
Hausarzt:.....
Telefon privat:.....
Tel. geschäftlich:.....
Tel. mobil: .....
E-Mail:.....

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: .....
Vorname / Titel: .....
Geb. Datum: .....

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

☐ Empfehlung durch (bitte Namen nennen):.....
☐ Internet ☐ Das Örtliche ☐ Praxisschild
☐Sonstiges.....

Was ist Ihnen beim Zahnarztbesuch **besonders wichtig?**

.....
.....

Wie können wir **Ihnen helfen**?

☐ Kontrolluntersuchung
☐ Zahnschmerzen
☐ Zahnlockerung
☐ Zahnfehlstellung
☐ Zahnfleischbluten
☐ Mundgeruch
☐ Kiefergelenksprobleme
☐ Zähneknirschen
☐ Probleme mit Zahnersatz
☐ Neuer Zahnersatz
☐ Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
☐ Verfärbte Zähne

Wofür **interessieren** Sie sich **besonders**?

☐ Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
☐ Zahnfleischbehandlung
☐ Implantate
☐ Zahnersatz
☐ Amalgam- Entfernung
☐ Alternativen zum Amalgam
☐ Kiefergelenksbehandlung
☐ Behandlung unter Lachgassedierung
☐ Keramik – Inlays
☐ Keramikkronen und - brücken
☐ Ästhetische Zahnbehandlung
☐ Sport - Mundschutz
☐ Zahnaufhellung

Ihre 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.

Was ist **Ihnen** wichtig?

☐ Ich interessiere mich für das Vorbeugeprogramm „Nie wieder Zahnfäule, nie wieder Zahnfleischentzündung!“
☐ Bei entsprechender Indikation bin ich an Naturheilverfahren interessiert.

Mehr Informationen im Internet: www.zahnarztpraxis-freudenstadt.de

Zahnarztpraxis Sacha Karmoll

Bitte Rückseite beachten

Angaben zum Gesundheitszustand

Krankheiten, Allergien und Medikamenten – Unverträglichkeiten aller Art 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 derzeit **Medikamente** einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

☐ Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung.

Wenn ja, welches ☐ Marcumar ☐ Herz-ASS ☐ Pradaxa ☐ Xarelto ☐ Eliquis
☐ Coumadin ☐ Aspirin ☐ Tyklid ☐ Plavix, Iscover ☐ Efient
☐ Brillique

☐ Sonstiges: .....

Allergien: .....

Haben Sie gegenwärtig irgendwelche Allgemeinbeschwerden? .....

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich behandelt? .....

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? .....

Waren Ihre bisherigen Erfahrungen beim Zahnarzt eher ☐ positiv ☐ negativ?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ☐ Nein ☐ Ja. Falls ja, welcher Monat? .....

Erkrankungen

☐ Hoher Blutdruck
☐ Niedriger Blutdruck
☐ Kreislaufbeschwerden
☐ Herzbeschwerden
☐ Herz – Fehler
☐ Herzklappenersatz
☐ Entzündung der Herzinnenhaut (Endokarditis)
☐ Herz – Operationen
☐ Herz – Schwäche
☐ Herzschrittmacher
☐ Herzrhythmusstörungen
☐ Angina Pectoris
☐ Herzinfarkt
☐ Schlaganfall
☐ Blutgerinnungsstörung
☐ Augenerkrankungen
☐ Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

☐ Zuckerkrankheit
☐ Schilddrüsenüberfunktion
☐ Schilddrüsenunterfunktion
☐ Atemnot
☐ Asthma
☐ Dauerhusten
☐ Tuberkulose
☐ Blutspucken
☐ andere Lungenerkrankungen
☐ Nervenerkrankungen
☐ Depressionen / Psychosen
☐ Lebererkrankungen
☐ Nierenerkrankungen
☐ alkoholkrank
☐ Rheuma
☐ Arthritis
☐ Epilepsie

☐ Magen – Darm – Erkrankungen
Ist einmal ein Aidstest durchgeführt worden? ☐ Ja ☐ Nein
☐ Immunschwäche (HIV/AIDS)
☐ Hepatitis
☐ Gelbsucht
☐ Sonstige: .....

Wurden Sie innerhalb der letzen fünf Jahre wegen einer schweren Krankheit behandelt?
☐ JA ☐ Nein
Falls JA:
Welche Krankheit: .....
Welche Behandlung: .....

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

Ihr Praxisteam

_____
(Datum/Unterschrift Patient)

Sacha Karmoll

Mehr Informationen im Internet: www.zahnarztpraxis-freudenstadt.de

Immer aktuell informiert: www.facebook.com/zahnarzt.freudenstadt