



Lieber Patient, liebe Patientin,

wir haben telefonisch einen Untersuchungstermin vereinbart und freuen uns, Sie bald in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Damit Sie ganz in Ruhe die für die Untersuchung wichtigen Fragen beantworten können, senden wir Ihnen bereits heute den Anmelde- und Anamnesebogen zu. Bitte bringen sie ihn bei Ihrem ersten Praxisbesuch mit.

Ebenfalls schon heute möchten wir Ihnen unser Behandlungskonzept vorstellen. So können Sie unsere Praxisphilosophie bereits ein wenig kennenlernen.

Wir denken ganzheitlich.

Neben der Heilung von Krankheiten und dem Beheben von Schäden richten wir unser Augenmerk auf die Funktion und die Krankheitsvorbeugung des gesamten Kausystems. Dazu zählen die Zähne, die Kieferknochen, die Kaumuskulatur und die Kiefergelenke, sowie das damit verbundene Muskuloskelettale System.

Es geht ausschließlich um Sie und Ihre Gesundheit. Deswegen werden Sie in jeden Schritt der Behandlung umfassend einbezogen. Sie erhalten alle Informationen über Behandlungsmaßnahmen und -verlauf, können jederzeit alle Ihnen wichtigen Fragen stellen und behalten jederzeit die Entscheidungshoheit. Für uns sind Sie also Patient und Partner für eine erfolgreiche Behandlung. Dieses Miteinander zeichnet unsere Praxis aus.

Wie geht es nun weiter?

Nach der anstehenden Eingangsuntersuchung erfolgt – falls nötig – eine vorläufige Behandlungsplanung. Die Termine dafür werden speziell für Sie reserviert. Das heißt: Wir können uns voll und ganz auf Sie konzentrieren und Ihnen Wartezeiten weitmöglichst ersparen.

In diesem Zusammenhang eine Bitte: Falls Sie einen Ihrer Termine nicht wahrnehmen können, sollten Sie ihn möglichst spätestens 24 Stunden vorher absagen. Wir haben dann die Möglichkeit, einem anderen Patienten dieses Zeitfenster anzubieten.

Alles in unserer Praxis ist auf Sie und Ihre Wünsche ausgerichtet. Uns sind Anregungen und Kritik jederzeit willkommen. Ebenso wie alle Ihre Fragen zur Zahnheilkunde.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

Ihr Praxisteam und





Ich lege Wert auf die ganzheitliche Behandlung meines Kauorgans!

Ich bin an folgenden Behandlungen interessiert:

- Kariesvermeidung durch Individualprophylaxe
- Behandlung des Zahnhalteapparats (Paradentalbehandlung)
- Zahnfarbene Seitenzahnfüllung
- Ästhetische Frontzahnsanierung
- Zahnersatz
- Zahnimplantate

Schienenbehandlung zur

- Therapie Craniomandibulärer Dysfunktionen (CMD)
- Unterstützung osteopathischer und manualmedizinischer Behandlungen
- Leistungssteigerung im Sport
- Schnarchtherapie

Möchten Sie regelmäßig an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

ja

nein

Ich wünsche nur eine Behandlung der zur Zeit vorhandenen Beschwerden:

Sonstiges:

Name

ANMELDUNG



ZAHNARZTPRAXIS
DR. HARDERS

Patient
Titel *Geburtsdatum*

Name *Vorname*

Anschrift
Straße/Nr.

Postleitzahl *Ort*

Telefon
Telefonnummer *Telefonnummer tagsüber/Handy*

E-Mail
E-Mail-Adresse

Krankenversicherer

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenversicherung
 Beihilfeberechtigung Private Zusatzversicherung

Beruf/Arbeitgeber

Ärztliche Behandlung Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/Facharzt/
Hauszahnarzt
Name, Adresse

Medikamente Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Nutzen Sie Homöopathie? ja nein

Herz-/Kreislauf-
erkrankungen Herzschwäche (Insuffizienz) oder
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein

Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck? ja nein

Zustand nach Herzinfarkt? ja nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz, Herzoperationen, Bypässe? ja nein

Bestehen Blutgerinnungsstörungen? ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein

Müssen Sie eine Endokarditis-Prophylaxe durchführen? ja nein

Infektions-
erkrankungen Gelbsucht (Hepatitis A/B/C) ja nein Tuberkulose ja nein
Wurde ein Aids-test durchgeführt? ja nein Wenn ja, wann?
Mit welchem Ergebnis? positiv negativ

Borreliose ja nein

Stoffwechsel-
erkrankungen Zuckererkrankung (Diabetes) ja nein Wenn ja, welche: Typ I Typ II
Schilddrüsenerkrankung, Unterfunktion oder Überfunktion

Rheuma ja nein

Skelettsystem Arthritis ja nein Fibromyalgie ja nein



Allergien Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht der Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle (Epilepsie)? ja nein

Magen- und Darmerkrankungen

ja nein

Augenerkrankungen

Grüner Star? ja nein

Grauer Star? ja nein

Lungenerkrankung

ja nein

Asthma? ja nein

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat?

Zahnmedizinische Anamnese

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein

Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack? ja nein

Leiden Sie unter überempfindlichen Zähnen? ja nein

Haben Sie gelegentlich Kiefergelenksbeschwerden? ja nein

Bestehen Kiefergelenksgeräusche? ja nein

Entzündungen im Kopf- und Halsbereich? ja nein

Häufiger Hustenreiz/Räuspern? ja nein

Haben Sie häufig Kopf- und Nackenschmerzen, Schmerzen im Bereich der Schultern, der Wirbelsäule?

Ohrenschmerzen? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zähne nicht richtig aufeinanderpassen? ja nein

Sind Ihre Zähne zu hoch/zu niedrig? ja nein

Wenn Sie hier eine der Fragen mit „ja“ beantwortet haben, dann bitte mit dem CMD-Fragebogen fortfahren.

Sind bereits Komplikationen bei zahnärztlicher Behandlung oder örtlicher Betäubung (Spritze) aufgetreten? ja nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Empfehlungen durch wen?

Internet

Telefonbuch

Sonstiges

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten