

Dr. Mathias Sommer, Dr. Nora Heuser und das Team heißen Sie herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Anmeldebogen sorgfältig zu lesen und vollständig auszufüllen. Sollten Fragen zu den einzelnen Punkten entstehen, helfen wir Ihnen gerne weiter. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

**Patient:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

**Versicherter/  
Zahlungspflichtiger:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

Straße/Wohnort \_\_\_\_\_

**Telefon/Email:**

Telefon/Handy-Nr. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:**

Beruf \_\_\_\_\_ beschäftigt bei \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:**

\_\_\_\_\_ Private Zusatzversicherung / Beihilfe: \_\_\_\_\_

**Recall-System:**

Die Gesundheit meiner Zähne ist mir wichtig. Deshalb bin ich damit einverstanden, bis auf Widerruf, von unserer Praxis in regelmäßigen Abständen eine Erinnerung zur Zahnvorsorge-Untersuchung zu bekommen. ja: \_\_\_ nein: \_\_\_  
per Mail: \_\_\_\_\_ oder per Brief \_\_\_\_\_

**Wünschen Sie eine besondere Beratung / Behandlung für (bitte ankreuzen):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Implantatbehandlung                   | <input type="checkbox"/> hochwertigen Zahnersatz                        |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung          | <input type="checkbox"/> Einlagefüllungen (Inlays) in Gold oder Keramik |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung                 |   |
| <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung/Füllungsalternativen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                               |

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:**

**Liegen oder lagen Erkrankungen vor an**

Herz bzw. Herz - Kreislauf	ja: ___ nein: ___
Blutdruck	ja: ___ nein: ___
Blutgerinnung	ja: ___ nein: ___
Lunge (z.B. Asthma u.a.)	ja: ___ nein: ___
Leber (z.B. Hepatitis u.a.)	ja: ___ nein: ___
Niere	ja: ___ nein: ___

**Welche Medikamente nehmen Sie?**

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

**Leiden Sie an**

Diabetes (Zucker)	ja: ___ nein: ___	_____
Allergien (z.B. Heuschnupfen)	ja: ___ nein: ___	_____
Infektionserkrankungen (Tbc, Hepatitis, Aids u.a.)	ja: ___ nein: ___	_____
Medikamentenunverträglichkeit	ja: ___ nein: ___	_____

Liegt eine Schwangerschaft vor (welcher Monat): ja: \_\_\_ nein: \_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar): ja: \_\_\_ nein: \_\_\_

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen bzw. Sie überwiesen: \_\_\_\_\_

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.  
Ich habe die Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und bin einverstanden

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_  
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben