



Dr. Thomas Ducke
Webichgasse 16
91058 Erlangen

Tel.: 09131/60 14 13
E-Mail: info@gutlachen.info
Internet: www.gutlachen.info

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es freut uns sehr, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben, vielen Dank für Ihr Vertrauen! Vor Ihrem ersten Termin möchten Sie uns sicher näher kennenlernen. Auf unserer Homepage stellen wir Ihnen deshalb gerne vor, wie wir zeitgemäße Zahnheilkunde sehen, wie wir arbeiten und wer wir sind.

Ihre Behandlung wollen wir optimal vorbereiten. Deshalb eine Bitte an Sie: Füllen Sie den beiliegenden Anmeldebogen in aller Ruhe schon zu Hause aus und bringen ihn zu Ihrem vereinbarten Termin mit in die Praxis. Ihre Daten behandeln wir selbstverständlich vertraulich. Gerne können Sie uns auch schon über ihre Wünsche oder Fragen zum Thema Zahnheilkunde informieren.

Beim ersten Termin werden Untersuchungen durchgeführt, welche uns vorhandene Probleme Ihres Kausystemes aufzeigen. Sie sind wichtig für die Planung einer eventuell notwendigen Behandlung.

Zum Schluss noch etwas in eigener Sache: Bitte rufen Sie uns frühzeitig an, falls Sie zum vereinbarten Termin nicht kommen können - spätestens am Tag zuvor. Wir können dann umdisponieren - so lassen sich unnötige Wartezeiten vermeiden.

Mit freundlichen Grüßen und bis bald

Praxisteam
Dr. Ducke

Anhang: Anmeldebogen mit Anamnese

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Tel. Privat: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert: ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter ?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Wer soll die Rechnung erhalten ?
Name: _____
Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Wer hat uns empfohlen ? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken ?

Wenn ja, welche ? _____
Wer ist Ihr Hausarzt ? _____
Haben Sie Allergien, welche ? _____
Nehmen Sie Medikamente, welche ? _____
Haben Sie Gerinnungsstörungen ? ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung/Bluthochdruck ? ja / nein
Besitzen Sie einen Herzpass ? ja / nein
Sind Sie HIV positiv ? ja / nein
Haben Sie Hepatitis B oder C ? ja / nein
Haben Sie Diabetes ? ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung/Reflux ? ja / nein
Haben Sie eine Nierenerkrankung ? ja / nein
Hatten Sie eine Tumorerkrankung mit nachfolgender Chemo-/Strahlentherapie ? ja / nein
Haben Sie grünen Star ? ja / nein
Haben Sie Asthma ? ja / nein
Haben Sie psychische Erkrankungen ? ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche ? Woche: ja / nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung ?

Haben Sie Zahnschmerzen ?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch ?	ja / nein	im Kiefergelenk?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück ?	ja / nein	Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"?	ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert ?	ja / nein	Fand eine Röntgenuntersuchung statt ?	ja / nein

Möchten Sie, dass wir Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnern ? ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Wir behalten uns vor, bei reservierten und nicht eingehaltenen Terminen entsprechende Folgetermine zu streichen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter