

Herzlich Willkommen !

Um Ihre Behandlung optimal auf Ihre Bedürfnisse und Ihre Allgemeingesundheit abstimmen zu können, bitten wir Sie um das Ausfüllen dieser beiden Seiten. Die Informationen dienen dazu, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden und bessere Diagnosen zu ermöglichen, denn viele Allgemeinzustände haben Auswirkungen auf Ihr Mund-Kiefersystem und umgekehrt!

Lassen Sie uns gegenseitig ein wenig kennenlernen, bevor wir mit etwaiger Behandlung beginnen! Beiderseitige Zufriedenheit und ein besonders gutes Ergebnis sind der Lohn der Mühe, für die wir uns schon hier bedanken! Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Etwas über unsere Praxis:

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, das Ihnen kurze Wartezeiten garantiert. Das bringt mit sich, dass die Praxis in den meisten Fällen stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten deshalb um Absagen mindestens am Vortag und behalten uns vor, Ihnen für versäumte Termine über 15 Minuten Dauer eine Kostenbeteiligung gemäß §615 BGB zu berechnen. (Das ist nicht böse gemeint, manchmal aber leider notwendig.)

Wir arbeiten auf Zahnerhalt orientiert und wenden nur Materialien an, von deren Eignung wir im Sinne des aktuellen Standes der Zahnmedizin überzeugt sind. Wir verarbeiten kein Amalgam, keine Nichtedelmetalle und keine Kunststoffe bei kaubelasteten Seitenzahnfüllungen. Geeignete Materialien sind z.B. Feinkeramik, Zirkonoxidkeramik, Gold, die kein Allergiepotenzial aufweisen und nachhaltig sind.

Wir werden Ihnen unabhängig von Ihrem Versicherungsstatus stets die medizinisch beste Empfehlung für Ihre Behandlung geben und vor Beginn Ihrer Behandlung ein gemeinsames Ziel finden.

Weitere Informationen bekommen Sie im Internet unter www.praxis-vogt.de, in unseren Broschüren und natürlich im persönlichen Gespräch.

Ihr
Christian Vogt

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Telefon privat

Handy

Krankenversicherung

Name

Beruf

PLZ / Ort

Telefon dienstlich

 Praxisnewsletter abonnieren
Email

Hauptversicherer

Sie bestätigen die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit der Unterschrift auf der zweiten Seite.



Grund meines Zahnarztbesuches:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Routineuntersuchung | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> Zahnlockerung | <input type="checkbox"/> Aussehen der Zähne / Ästhetik | <input type="checkbox"/> Vorbeugung |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Lückenschluß / neue Zähne |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe | <input type="checkbox"/> sanfte Laserbehandlung | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkte Kaufunktion | <input type="checkbox"/> Ohrenscherzen | <input type="checkbox"/> Verspannungen |
| <input type="checkbox"/> Knirschen / Pressen | <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung | <input type="checkbox"/> sonstiges: |

Ich wünsche eine Beratung zu folgenden Themen:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erhalt der Mundgesundheit | <input type="checkbox"/> Zahnaufhellung / Bleaching | <input type="checkbox"/> Laserbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> kosmetische Möglichkeiten | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung |
| <input type="checkbox"/> Entspannungstechniken | <input type="checkbox"/> sonstiges: | |

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ?

- KEINE Ja, folgende:

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ?

- NEIN Herz - ASS
 Marcumar andere:

Haben Sie bekannte Allergien ?

- NEIN Ja, gegen:

Ich habe einen Allergiepaß (bitte mitbringen !)

Allgemeine Erkrankungen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Endocarditis | <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit / Diabetes | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma / Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Glaukom / Grüner Star | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV) |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Psychosen | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| | | <input type="checkbox"/> Refluxkrankheit |

Sonstiges

Ich bin schwanger, im . Monat

Ich möchte an meine jährlichen Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden

Datum

Unterschrift

