

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Für ein paar Informationen im Voraus wären wir Ihnen sehr dankbar.

Daher senden wir Ihnen das Anmeldeformular gleich mit. Zuhause können Sie es in aller Ruhe ausfüllen. Dieses Anmeldeformular ist für uns eine große Hilfe, um gezielt auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können.

Bitte bringen Sie dieses ausgefüllt zum vereinbarten Termin mit. Sollte es irgendwelche Unklarheiten geben, steht Ihnen unser Praxisteam gerne zur Verfügung.

Direkt hinter dem Haus, wo sich unsere Praxis befindet, haben wir eigene Parkplätze, welche Sie gerne nutzen können.

Über eventuelle gesundheitliche Risiken, die die Behandlung beeinflussen, wären wir durch den "medizinischen Aufnahmebogen" auch aufgeklärt und können entsprechende Maßnahmen ergreifen (z.B. bei Herzerkrankungen, Medikamentenallergien o.ä.)

Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.
Es grüßt Sie das Praxisteam

Dr. med. dent. Anette Herrmann

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
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?			ja / nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?			ja / nein
Möchten Sie darüber eine Beratung?			ja / nein
Haben Sie schon mit beherrdeten Zähnen zu tun gehabt?			ja / nein
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?			ja / nein

Wichtige Informationen:

Hiermit bestätige ich, dass ich nicht im Standard-, Basis- oder Notlagentarif bzw. im Studententarif der Privaten Krankenversicherung versichert bin.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ihre personenbezogenen Daten können zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift