

Anmeldebogen der Praxis für Zahnheilkunde Dr. Peter Hüpper

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben! Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Herzlichen Dank!

Liebe Patienten,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, **beide** Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen.

Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.

Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Vielen Dank!

Ihr Zahnarzt

Dr. Peter Hüpper

Patient

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Geb.-Ort:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Telefon privat:

Handy:

E-Mail:

Telefon Arbeit:

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Geb.-Ort:

Beruf:

Arbeitgeber:

Telefon privat:

Versicherungsverhältnis

- O Gesetzlich versichert
- O Privat versichert
- O Zum Basistarif privat versichert
- O Beihilfeberechtigt
- O Private Zusatzversicherung

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

O Empfehlung durch (bitte Namen angeben)

.....

O Internet O Gelbe Seiten O Sonstiges:

.....

Ich wünsche eine Beratung zu

- O Mundgesundheits-Vorsorge (Prophylaxe)
- O Zahnfleischbehandlung
- O Zahnersatz
- O Zahnimplantate
- O Feste Zähne statt Prothesen
- O Verbesserung des Prothesenhalts
- O Verschönerung meiner Zähne
- O Zahnaufhellung
- O Alternativen zum Amalgam
- O Hilfe gegen Zähneknirschen
- O Sonstiges:

Grund Ihres Zahnarztbesuchs

- O Kontrolluntersuchung
- O Zahnschmerzen
- O Zahnlockerungen
- O Zahnfleischbluten
- O Fehlende Zähne
- O Probleme mit Zahnersatz
- O Neuer Zahnersatz
- O Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
- O Kiefergelenksprobleme
- O Zähneknirschen
- O Sonstiges:

Weiter auf Seite 2 ➤



Dr. Peter Hüpper
Praxis für Zahnheilkunde

Gaulstraße 17-19
51688 Wipperfürth
Tel. 02267 88 78 80
www.zahnarzt-in-wipperfuerth.de
www.implantat-zahnarzt-wipperfuerth.de

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit **Medikamente** einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein.

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

- Nein Ja, und zwar Eliquis Pradaxa
 Xarelto Marcumar Herz-ASS Sonstige:

Haben Sie Allergien?

- Nein Ja, und zwar

Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

- Nein Ja, und zwar

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

- Nein Ja, und zwar

Rauchen Sie?

- Nein Wenn Ja, wie viel pro Tag?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- Nein Wenn Ja, in welchem Monat?

Erkrankungen

O Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?

-
 Herzklappenersatz
 Endokarditis
 Herzoperationen
 Herzschrittmacher
 Herzinfarkt
 Schlaganfall

- Störungen der Blutgerinnung
 Autoimmunerkrankungen (z.B. HIV)
 Wundheilungsstörungen
 Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Knochenmarkserkrankungen
 Schilddrüsenerkrankungen
 Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens
 Osteoporose
 Tumorerkrankungen
 Frühere Parodontitis-Behandlung
 Drogenabhängigkeit

- Asthma / Lungenkrankheit
 Nervenerkrankungen
 Depressionen / Psychosen
 Lebererkrankungen
 Nierenerkrankungen
 Epilepsie
 Magen-Darm-Erkrankungen
 Hepatitis. Welche?
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
 Sonstige:

Ihre Behandlungswünsche

- Ich möchte das Beste für meine Zähne. Bitte informieren Sie mich über die für mich optimale Behandlung, auch wenn meine Krankenkasse möglicherweise nicht alles erstattet.
 Ich möchte nur mit örtlicher Betäubung behandelt werden
 Ich möchte nur bei schmerzhaften Eingriffen eine Spritze
 Ich möchte genau über die Behandlung informiert werden
 Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen
 Sonstiges:

Terminvereinbarung

Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Website heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben: Bringen Sie ihn ausgefüllt zu Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis mit oder senden Sie ihn uns vorab zu!

Wenn Sie bisher noch keinen Termin vereinbart haben, rufen Sie uns bitte an: **TeL. 02267 88 78 80**

Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen!

Ihr Praxis-Team Dr. Peter Hüpper

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Unser Service für Sie: Terminerinnerung (Recall)

Mit unserem Recall-System erinnern wir Sie bzw. Ihr Kind an regelmäßige Kontroll- oder Prophylaxe-Termine in unserer Praxis.

O Ich möchte an notwendige Termine erinnert werden

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

**Praxis für Zahnheilkunde
Dr. Peter Hüpper
Gaulstraße 17-19
51688 Wipperfürth**

Fax: 02267 88 78 817

Checkliste für Neupatienten

**Damit Sie bei Ihrem ersten Besuch
in unserer Praxis nichts vergessen**

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. Wir schätzen Ihr Vertrauen und werden alles daran setzen, dass Sie mit uns zufrieden sind. Bitte lesen Sie die folgende Checkliste aufmerksam durch, damit Sie alles Notwendige dabei haben, wenn Sie uns zum ersten Mal besuchen. Das erspart Ihnen und uns unnötige Nachfragen. Falls Sie vorab noch Fragen haben: Zögern Sie nicht, uns anzurufen!

Wir kümmern uns gerne um Ihr Anliegen und nehmen uns Zeit für Sie.



Anmeldebogen

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen zu Ihrem ersten Besuch mit.

Falls Sie diesen nicht von uns zugeschickt bekommen haben, können Sie ihn von unserer Homepage herunterladen und ausdrucken. Selbstverständlich erhalten Sie ihn auch bei uns in der Praxis.

Der Anmeldebogen enthält Ihre persönlichen Daten und Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Sie können darin auch Ihre Wünsche für die zahnärztliche Behandlung angeben.

Wenn Sie mit Ihrem Partner und/oder mit Ihren Kindern kommen, füllen Sie bitte für jeden Einzelnen einen Bogen aus. Danke!

Allergie-Pass

Falls Sie an Allergien leiden, haben Sie von Ihrem Arzt einen solchen Pass bekommen. Bitte bringen Sie diesen mit, damit wir Ihre Allergien bei der zahnärztlichen Behandlung berücksichtigen können.

Medikamenten-Liste

Wenn Sie momentan oder regelmäßig Medikamente einnehmen, sollten wir das wissen. Bitte fertigen Sie eine Liste Ihrer Medikamente an und bringen Sie diese mit.

Bei schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen, bitten wir Sie, die Beipackzettel Ihrer Medikamente mitzubringen. Wir wollen sicher sein, dass es zu keinen unerwünschten Wechselwirkungen kommt.

Röntgen-Pass

Falls Sie einen solchen besitzen, bringen Sie auch diesen mit, damit wir eventuell notwendige Röntgen-Aufnahmen eintragen können. Wenn Sie keinen haben, erstellen wir Ihnen kostenlos und gerne einen neuen.

Röntgen-Aufnahmen

Wenn innerhalb der letzten beiden Jahre Röntgen-Bilder Ihrer Zähne gemacht worden sind, sollten Sie uns auch diese mitbringen.

Bitte fragen Sie Ihren bisherigen Zahnarzt danach. Er kann sie uns auch ggf. zuschicken.

Implantat-Pass

Falls Sie schon Zahnimplantate haben und einen Implantat-Pass besitzen, bringen Sie diesen ebenfalls mit.

Wenn Sie gesetzlich versichert sind

Legen Sie uns bitte Ihre **Versichertenkarte** vor. Bitte prüfen Sie vorab, ob diese noch gültig ist. Beantragen Sie ggf. eine neue Karte bei Ihrer Krankenkasse.

Bringen Sie auch Ihr **Bonusheft** mit, damit wir Ihre Kontrolluntersuchung bestätigen können. Das Bonusheft hat nach wie vor Gültigkeit und kann bares Geld für Sie wert sein, falls Sie Zahnersatz benötigen.

Das war es auch schon! Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und freuen uns auf Ihren Besuch!

Ihr Praxis-Team Dr. Peter Hüpper



Dr. Peter Hüpper
Praxis für Zahnheilkunde

Gaulstraße 17-19
51688 Wipperfürth
Tel. 02267 88 78 80

www.zahnarzt-in-wipperfuerth.de
www.implantat-zahnarzt-wipperfuerth.de