



Anmeldebogen

Allgemeine Informationen

Ihr Name Ihr Vorname Ihr Geburtsdatum

Name, Vorname des/der Hauptversicherten (falls Abweichend) Geburtsdatum

Adresse Telefonnummer

E-Mail Adresse Arbeitgeber

Krankenkasse Zusatzversichert Pflegegrad, wenn ja welcher _____
 privat Versichert Beihilfeberechtigt
 von Zuzahlung befreit

Name und Adresse ihres Hausarztes/ihrer Hausärztin

Waren oder sind Sie zurzeit oder regelmäßig in ärztlicher Behandlung? Falls ja, bei welchem Arzt und ggf. wegen welcher Erkrankung?

Allgemeine Gesundheitsfragen

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? O ja O nein
Bitte nennen Sie alle Medikamente! (Besondere Relevanz haben Blutverdünner, Bisphosphonate)
Wenn ja, welche? _____

Existieren Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder andere Stoffe? O ja O nein
Wenn ja, welche? _____

Sind Allergien bekannt? O ja O nein
Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? O ja O nein
Wenn ja, welche Woche/welcher Monat? _____



Rauchen Sie? O nein O Ja, bis 10 Zigaretten pro Tag O Ja, mehr als 10 Zigaretten pro Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? O ja O nein

Erkrankungen

Leiden Sie an einer der nachfolgenden Erkrankungen?

Herzerkrankung	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein	Diabetes	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein	Lebererkrankung	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein
zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein	Asthma	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein
Herzklappenentzündung/Endokarditis	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein	Nervenerkrankung	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein
Künstliche Herzklappe	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein
Herzinfarkt	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein	Osteoporose	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein
Schlaganfall	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein	Krampfleiden/Epilepsie	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein	Tumorleiden	<input type="radio"/> O ja <input type="radio"/> O nein

Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, HIV, AIDS) O ja O nein

Wenn ja, welche? -----

Haben Sie anderweitige, nicht aufgeführte Erkrankungen? O ja O nein

Wenn ja, welche? -----

Zahnärztliche Gesundheitsfragen

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? O ja O nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? O ja O nein

Neigen Sie zu Nachblutungen nach chirurgischen Eingriffen? O ja O nein

Sind jemals Probleme bei zahnärztlichen Eingriffen aufgetreten? O ja O nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts-/Nackенbereich? O ja O nein

Schnarchen Sie? O ja O nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? O ja O nein

Existieren Röntgenaufnahmen von Zähnen oder Kiefer jüngerer Datums? O ja O nein

Was ist der Grund Ihres Praxisbesuchs?

Wurde Ihnen diese Praxis empfohlen? O ja O nein

Wenn ja, durch wen? -----

Ich bin an einer kostenlosen Simulation zur Korrektur von Zahnfehlstellungen mit transparenten Alignern (Invisalign-Schienen) interessiert. O ja O nein

HÖHL.ZAHNÄRZTE

FÜR IHR LÄCHELN



Ich möchte gerne den Erinnerungsservice für die Kontrolluntersuchungen und/oder die professionelle Zahnreinigung in Anspruch nehmen.

ja nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und verpflichte mich jede Änderung meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisinformation zu Füllungsmaterialien ab dem 01.01.2025:

Zum 01.01.2025 tritt nach EU-Gesetz ein allgemeines Verbot der Herstellung und Anwendung von Dentalamalgam in Kraft.

Es stehen derzeit keine langhaltenden und ausreichend kaustabilen Alternativmaterialien für alle Versorgungsformen zur Verfügung.

Daher werden **ab dem 01.01.2025 unsere Füllungen grundsätzlich mit einem hochwertigen Kunststoff versorgt.**

Um diesen adäquat und vorgeschrieben verarbeiten zu können, benötigt es Zeit, entsprechende Materialien und Vorbereitung. Dies ist **nicht** durch die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen abgegolten. Daher sind Kunststofffüllungen **zuzahlungspflichtig.**

Wir möchten, dass Sie bei uns die bestmögliche Versorgung erhalten. Sollten Sie dennoch eine Kassenleistung wünschen, zögern Sie bitte nicht uns anzusprechen, damit wir gemeinsam eine Lösung finden, die auf Ihre Situation zugeschnitten ist.