

# ZahnarztPraxis AreHilliges

## Anmeldebogen mit Krankengeschichte

Name: _____	Krankenkasse: _____
Vorname: _____	pflichtversichert: ja / nein
Geburtsdatum: _____	bei PKV: Basistarif: ja / nein
Adresse: _____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs- mitglied sind, wer ist Versicherter?
Tel. Privat: _____	Name: _____
Tel. mobil: _____	Vorname: _____
e-mail Adresse: _____	Geburtsdatum: _____
Beruf: _____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Arbeitgeber, Ort: _____	Name: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____	Adresse: _____
	Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja / nein

Wie sind Sie auf uns gekommen? \_\_\_\_\_

### Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass? Weshalb? _____	ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Worauf? _____	ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? Welche? _____	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis B?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis C?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?	ja / nein
Haben Sie grünen Star?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Haben Sie eine Prostataerkrankung?	ja / nein

### Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben sie akute Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	im Kiefergelenk oder in den Ohren?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein	Haben Sie öfters Kopf- oder Rückenschmerzen?	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
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?			ja / nein

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

und erkläre mich damit einverstanden an offene Termine erinnert zu werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Wir führen eine Praxis nach dem Bestellsystem. Das bedeutet, dass jedem Behandler jeweils nur ein Patient zugeordnet ist.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir 200 Euro je eingeplante Stunde verlangen, falls Sie nicht spätestens 24 h vor Ihrem Termin absagen.

Postgasse 5 ■ 71522 Backnang ■ Baden-Württemberg / Deutschland  
Telefon: 07191/63995 ■ Fax: 07191/72590 ■ Mail: info@zahnarztpraxis-hilliges.de

[www.zahnarztpraxis-hilliges.de](http://www.zahnarztpraxis-hilliges.de)

# ZahnarztPraxis AreHilliges

## Ihre Qualitätserwartungen an Ihre zahnmedizinische Behandlung

Mit den folgenden Fragen möchten wir Ihre Erwartungen an unsere Behandlung erfahren. Durch Ihre Antworten sind wir in der Lage, die für Sie optimale Behandlung zu planen.

So können wir auf Ihre individuellen Schwerpunkte und Ihre persönlichen Wünsche besser eingehen. Und Sie können sicher sein, dass Sie immer die richtige Behandlung erhalten.

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

1. Wie wichtig sind Ihnen schöne und gesunde Zähne?

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

2. Wie wichtig ist Ihnen ein gutes Gefühl im Mund?

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

3. Wie wichtig ist es Ihnen, Ihre eigenen Zähne bis ins hohe Alter zu erhalten?

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

4. Wie ängstlich sind Sie beim Zahnarzt?

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

5. Wie wichtig ist/wäre es Ihnen, dass Ihre Krone oder Ihre Implantate (falls Sie diese benötigen) genau passen?

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

6. Wie lange dürfte für Sie die längste Behandlung am Stück dauern?

1 Stunde 2 Stunden 4 Stunden

Wir danken Ihnen für Ihr Engagement und freuen uns, dass Sie bei uns sind.

Ihr Praxisteam