

# ANMELDEBOGEN



Zentrum  
für Zahnheilkunde  
und Implantologie

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel. privat/ mobil: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber/ Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
pflichtversichert: ja / nein

## Wenn Sie nicht selbst Mitglied der Krankenversicherung sind, wer ist der Versicherte?

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

## Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

ja / nein

## Haben Sie eine Zusatzversicherung?

ja / nein

Wer hat uns empfohlen?/ Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  
Internetnutzung? ja / nein

## Bestehen gesundheitliche Risiken?

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe (z.B. Latex, Betäubungsmittel, Antibiotika)? ja / nein  
Besteht eine Blutkrankheit, haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung? ja / nein  
Haben Sie eine Herz-/ Kreislaufkrankung oder tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja / nein  
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, TBC, HIV)? ja / nein  
Chronische Erkrankungen (z.B. des Nervensystems, Epilepsie, grüner Star)? ja / nein  
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_ ja / nein  
Besteht eine Zuckerkrankheit (Diabetes)? \_\_\_\_\_ ja / nein  
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? \_\_\_\_\_ ja / nein  
Haben Sie eine Magen-, Darm- oder Nierenerkrankung (Dialyse)? \_\_\_\_\_ ja / nein  
Wurden Sie jemals operiert? Wenn ja, aus welchem Grund? \_\_\_\_\_ ja / nein  
Besteht eine Lungenerkrankung (z.B. Asthma, Lungenfibrose, COPD)? \_\_\_\_\_ ja / nein  
Rauchen Sie? Wenn ja, tägliche Menge: \_\_\_\_\_ ja / nein  
Frauen im gebärfähigen Alter: Liegt eine Schwangerschaft vor? \_\_\_\_\_ ja / nein  
Wie ist Ihr Blutdruck? \_\_\_\_\_ normal/ erhöht/ erniedrigt

## Aus welchem Grund begeben Sie sich in zahnärztliche Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja / nein Knirschen Sie mit den Zähnen? ja / nein  
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja / nein Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja / nein

## Wünschen Sie Informationen über:

Implantate? ja / nein  
Möglichkeiten der Zahnverschönerung (Farbe, Form, Stellung, ...)? ja / nein  
Maßnahmen zur Karies- und Parodontosevorbeugung? ja / nein  
Vollkeramische Versorgungen (z.B. Veneers, Kronen, Brücken) ja / nein  
Digitalen Zahnersatz mit Cerec ohne Provisorien? ja / nein

Bitte beachten Sie, dass wir bei nicht rechtzeitiger Terminabsage (48h im Voraus) den entstandenen Honorarverlust nach § 615 und § 611 BGB in Rechnung stellen können.

Ihre Fahrtüchtigkeit kann unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein.

## Ich bestätige die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß getätigt zu haben

Mainz, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r