



Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

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. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

Patient

Name: _____
Vorname/Titel: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: _____
Hausarzt: _____
Telefon privat: _____
Fax privat: _____
Handy: _____
E-Mail: _____
Telefon Arbeit: _____

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name _____
Vorname/Titel: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Telefon privat: _____

Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
 Freiwillig versichert
 Private Zusatzversicherung
 Privat

Grund meines Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung
 Zahnschmerzen
 Zahnlockerungen
 Zahnfehlstellungen
 Zahnfleischbluten
 Mundgeruch
 Kiefergelenksprobleme
 Zähneknirschen
 Probleme mit Zahnersatz
 Neuer Zahnersatz
 Unzufriedenheit m. Aussehen d. Zähne
 Sonstiges: _____

Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
 Zahnfleischbehandlung
 Implantate
 Zahnersatz
 Amalgam-Entfernung
 Alternativen zum Amalgam
 Kieferorthopädie (Zahnspange)
 Keramik-Inlays
 Keramikkronen und -brücken
 Keramik-Verblendschalen
 Ästhetische Zahnbehandlung
 Zahnaufhellung
 Sonstiges: _____

Meine 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
 Sonstige: _____

Angaben zum Gesundheits-Zustand

Krankheiten, Allergien und Medikamenten-Unverträglichkeiten aller Art 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. Vielen Dank!

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung. Wenn ja, welche?
 Marcumar Herz-ASS Sonstige: _____

Allergien: _____

Sind Sie Raucher? Ja Nein Menge pro Tag: _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein. Wenn ja, welcher Monat: _____

Erkrankungen

- Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck Herz-Fehler
 Herzklappenersatz Endokarditis Herz-Operationen
 Herz-Schrittmacher Herzrhythmusstörungen Herzinfarkt
 Schlaganfall Blutgerinnungsstörungen Zuckerkrankheit
 Schilddrüsenüberfunktion Schilddrüsenunterfunktion Asthma/Lungenkrankheit
 Lebererkrankungen Nierenerkrankungen Nervenerkrankungen
 Depressionen/Psychosen Rheuma Epilepsie
 Magen-Darm-Erkrankungen Immunschwäche (HIV) Hepatitis
 Sonstige: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch (bitte Namen nennen): _____
 Internet Telefonbuch Sonstiges: _____

Recall

Möchten Sie gerne schriftlich erinnert werden, wenn Ihr nächster Kontrolltermin fällig wird?
 ja nein

(Datum/Unterschrift)



Hinweise zum Anmeldebogen / Der Weg zu uns



Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

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, den Anmeldebogen 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 für Ihre Mühe!

Ihr Praxisteam
Dr. Rainer Ostermaier

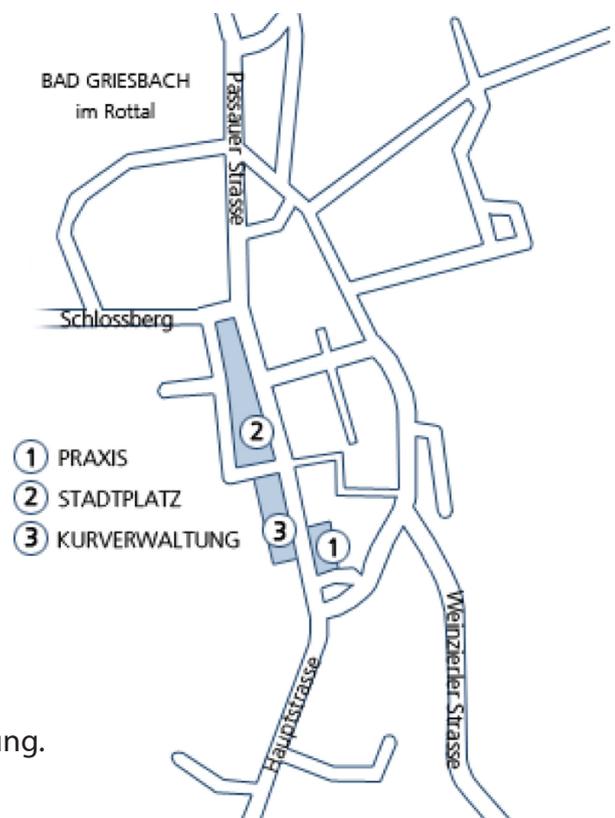
So erreichen Sie uns

Dr. Rainer Ostermaier
Hauptstrasse 1 / Am Stadtplatz
D-94086 Bad Griesbach

Tel.: 08532 - 92 11 66

Fax: 08532 - 92 11 67

Email: info@dr-ostermaier.de



Die Praxis befindet sich im neuen Ladenzentrum in Bad Griesbach, direkt am Stadtplatz, über der Bäckerei Westner / Cafe Melange und gegenüber der Kurverwaltung.



Sie parken am Besten in der zugehörigen Tiefgarage (für unsere Patienten kostenlos).



Via behindertengerechten Aufzug erreichen Sie den Praxiseingang im ersten Stock.