



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 gerne mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Ihre Zahnärzte Dr. Manuel Schürkämper & Dr. Hans Schürkämper

Patient

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Telefon privat:

Fax privat:

Handy:

E-Mail:

Telefon Arbeit:

Versicherungsverhältnis

Gesetzlich versichert

Freiwillig versichert

Beihilfeberechtigt

Basistarif

Private Zusatzversicherung

Sonstiges:

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Telefon privat:

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch (bitte Namen nennen):
.....

Internet Gelbe Seiten Sonstiges:
.....

Grund meines Zahnarztbesuchs

Kontrolluntersuchung

Zahnschmerzen

Zahnlockerungen

Zahnfleischbluten

Fehlende Zähne

Probleme mit Zahnersatz

Neuer Zahnersatz

Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne

Kiefergelenksprobleme

Zähneknirschen

Ich wünsche eine Beratung zu

Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)

Metallfreie Zahnbehandlung

Wurzelbehandlung mit Mikroskop

Behandlung mit Mikroskop

Zahnersatz

Lückenschluss mit Zahnimplantat

Feste Zähne statt Teilprothese

Verbesserung des Prothesenhalts

Feste Zähne statt Totalprothese

Keramikfüllungen (Inlays)

Keramik-Kronen und -Brücken

Keramik-Verblendschalen

Verschönerung meiner Zähne

Zahnaufhellung

Zahnfleischbehandlung

Sonstiges:

Information für Privatversicherte oder für Patienten mit privater Zusatzversicherung:

Nach der Behandlung erhalten Sie Ihre Rechnung auf Grundlage der GOZ (Zahnärztliche Gebührenordnung). Privatversicherungen lehnen sich mit Ihren Verträgen an diese Gebührenordnung an, übernehmen sie aber meist nicht vollständig. Deshalb treten immer wieder „Erstattungslücken“ auf. Sie werden also in der Regel nicht die ganze Rechnung erstattet bekommen. Überschreitungen des 3,5 fachen GOZ-Satzes werden wir mit Ihnen vorab vereinbaren. Vor Zahnersatzbehandlungen wird meist ein Kostenvoranschlag erstellt. Falls Sie auch bei anderen Behandlungen einen Plan für Ihre Krankenversicherung benötigen, teilen Sie uns dies bitte vorher mit.

Weiter auf Seite 2



Angaben zum Gesundheits-Zustand

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. Vielen Dank!

Haben Sie Spritzen (örtliche Betäubung) beim Zahnarzt immer gut vertragen?
 Ja Nein

Sind im Kopfbereich in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder gemacht worden?
 Nein Ja

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?
 Nein Ja: In welchem Monat?

Haben Sie Allergien oder vertragen Sie Medikamente nicht?
 Nein Ja, und zwar
 Latex Penicillin Jod

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
 Nein Ja, und zwar
 Marcumar Herz-ASS

Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?
 Nein Ja, und zwar
 Bisphosphonate

Rauchen Sie?
 Nein Ja: Wie viel?

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?
 Nein Ja, und zwar

Erkrankungen
 Nein Ja, und zwar
 Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?

 Herzklappenersatz Endokarditis
 Herz-Operationen Herz-Schrittmacher
 Herzfehler Schlaganfall
 Blutkrankheiten
 Störungen der Blutgerinnung
 Immunerkrankungen (z.B. HIV)
 Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Frühere Bestrahlungen des Kiefers
 Osteoporose
 Rheuma
 Tumorerkrankungen
 Asthma
 Lungenkrankheit
 Nervenerkrankungen (z.B. Epilepsie)
 Depressionen/Psychosen
 Nierenerkrankung
 Magen-Darm-Erkrankungen
 Lebererkrankungen
 Hepatitis. Welche?
 Sonstige:

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:

Informationen und Erklärungen
Zu Ihrer Information und unserer forensischen Absicherung noch ein paar Erklärungen:

- Nach einer Anästhesie (örtliche Betäubung mit Spritze) kann die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt sein: Sie sollten deshalb kein Fahrzeug lenken.
- In sehr seltenen Fälle kann es nach einer Anästhesie (örtliche Betäubung mit Spritze) zu dauerhaften Gefühlsstörungen oder allergischen Reaktionen kommen. Melden Sie dies bitte sofort.
- Zur Beratung, Behandlung oder Dokumentation dürfen Fotos angefertigt werden.
- Für fest reservierte Termine, die ohne rechtzeitige (48 Stunden vorher) Absage nicht eingehalten werden, behalten wir uns vor, eventuell eine Ausfallgebühr (in Höhe von € 82,50 je angefangene ½ Stunde) zu berechnen.
- Änderungen meines Gesundheitszustandes und meiner Medikamenteneinnahmen werden von mir vor der nächsten Behandlung angegeben.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben (Seite 1 und 2), sowie die Kenntnisnahme und Einverständnis der aufgeführten Erklärungen

.....
 (Datum) (Unterschrift)



Zahnarztpraxis Dr. Schürkämper

Friedrichshafener Str.9

81243 München



Fax: 089.8202779

Terminvereinbarung

Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Website heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben:

Bitte senden oder faxen Sie ihn uns ausgefüllt zu und kreuzen Sie unten an,
in welcher Form die Terminvereinbarung erfolgen soll:

- Ich habe bereits einen Termin vereinbart.
- Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung an! (Telefonnummer siehe unten auf dieser Seite)
- Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an!

Sie erreichen mich am besten unter folgender Telefonnummer und zu folgenden Zeiten:

Telefon:

Zeit:

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

Ihre Zahnärzte Dr. Manuel Schürkämper & Dr. Hans Schürkämper