

# Praxisklinik der Zahnheilkunde am Luisenhospital Dr. med. dent. Martin Emmerich und Partner

Boxgraben 99 - 52064 Aachen  
Telefon: 0241 - 4007277 - Telefax: 0241 - 4007278

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Sie optimal betreuen zu können,  
benötigen wir einige Daten von Ihnen.

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: \_\_\_\_\_ Wenn sie nicht selbst Krankenversicherungs-  
mitglied sind, wer ist der Versicherte

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wo sind sie geboren ? (Wichtige Information für Röntgeneintragungen)

\_\_\_\_\_

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

Postleitzahl \_\_\_\_\_

Tel.Privat \_\_\_\_\_

Tel.Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Beruf. \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten ?

Arbeitgeber,Ort \_\_\_\_\_

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

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

Tel.Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Krankenkasse :  
pflichtversichert: Ja (  ) / Nein (  ) Bei welcher Krankenkasse \_\_\_\_\_

Privatversichert : Ja (  ) / Nein (  ) Über welche Versicherung \_\_\_\_\_

Sind sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes ? Ja (  ) / Nein (  )

Sind Sie studentisch versichert? Wenn ja bitte Tarifvertrag beifügen! Ja (  ) / Nein (  )

Haben Sie eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlung? Ja (  ) / Nein (  )

**Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie Ihrer Versicherungspolice bei.**

Möchten Sie 3 Tage vorher an Ihren vereinbarten Termin erinnert werden? Ja (  ) / Nein (  )

Wie möchten sie an den nächsten Vorsorgetermin erinnert werden ?

(  ) E-Mail oder (  ) SMS

**Wir bitten Sie Termine, die sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da  
ansonsten die durch ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können  
(gemäß §615 BGB).**

Aachen, 3. Februar 2018

\_\_\_\_\_

Wir nehmen die individuellen Bedürfnisse unsere Patienten äußerst ernst.  
Deshalb würden wir gerne wissen, was wir bei ihrer  
Behandlung besonders berücksichtigen sollen.

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen JA ( ) / NEIN ( )  
Starke Schmerzempfindlichkeit JA ( ) / NEIN ( )  
Starker Würgereiz JA ( ) / NEIN ( )

Was haben Sie bei Ihren bisherigen Zahnarztbesuchen am meisten vermisst?

\_\_\_\_\_

Durch wen oder was sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?

Empfehlung durch Bekannten: ( ) Name: \_\_\_\_\_  
Überweisung durch Zahnarzt: ( ) Name: \_\_\_\_\_  
Überweisung durch Allgemeinmediziner: ( ) Name: \_\_\_\_\_  
Internet: bitte genaue Angabe (z.B. google) ( ) \_\_\_\_\_  
Sonstiges: ( ) \_\_\_\_\_

Welche Beratungswünsche haben Sie:

Zahnersatz JA ( ) / NEIN ( )  
Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz JA ( ) / NEIN ( )  
Implantatversorgungen JA ( ) / NEIN ( )  
Schnarscherschienen JA ( ) / NEIN ( )  
Invisaligne JA ( ) / NEIN ( )  
Parodontalerkrankung JA ( ) / NEIN ( )  
Amalgamentfernung JA ( ) / NEIN ( )  
Zahnfarbene Füllungen JA ( ) / NEIN ( )  
Intensivreinigung der Zähne JA ( ) / NEIN ( )  
Aufhellen der Zähne (Bleichen) JA ( ) / NEIN ( )  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? JA ( ) / NEIN ( )

### Grund Ihres Besuches

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse.  
Alle Angaben unterstehen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Normale Kontrolluntersuchung: JA ( ) / NEIN ( )  
Schmerzen: JA ( ) / NEIN ( )  
Wenn ja, seit wann haben Sie Beschwerden : \_\_\_\_\_  
Wo haben Sie Beschwerden : \_\_\_\_\_  
Haben Sie Zahnfleischbluten? JA ( ) / NEIN ( )  
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? JA ( ) / NEIN ( )  
Sind Ihre Zähne gelockert? JA ( ) / NEIN ( )  
Überweisung wegen einer Parodontalbehandlung? JA ( ) / NEIN ( )  
Überweisung wegen einer Implantatbehandlung? JA ( ) / NEIN ( )  
Haben Sie Reibegeräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? JA ( ) / NEIN ( )  
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? JA ( ) / NEIN ( )  
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? JA ( ) / NEIN ( )  
Überweisung wegen Kiefergelenksbeschwerden? JA ( ) / NEIN ( )

### Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Haben Sie Osteoporose? JA ( ) / NEIN ( )  
Leiden Sie unter Epilepsie? JA ( ) / NEIN ( )  
Leiden Sie an einer Lungenerkrankung / an Asthma? JA ( ) / NEIN ( )  
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar)? JA ( ) / NEIN ( )

Haben Sie Diabetes? JA ( ) / NEIN ( )  
 Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? JA ( ) / NEIN ( )  
 Haben Sie künstliche Herzklappen / einen Herzschrittmacher? JA ( ) / NEIN ( )  
 Haben Sie eine Herzinsuffizienz oder eine andere Herzerkrankung? JA ( ) / NEIN ( )  
 Hatten einen Herzinfarkt oder Schlaganfall? JA ( ) / NEIN ( )  
 Haben sie einen künstlichen Ersatz wie .z.B. Herzklappenersatz,  
 Hüft -oder Kniegelenkersatz, Defibrillator oder Herzschrittmacher?  
 Wenn ja was für einen Ersatz \_\_\_\_\_ JA ( ) / NEIN ( )

Leiden Sie unter Bluthochdruck? JA ( ) / NEIN ( )  
 Haben Sie niedrigen Blutdruck? JA ( ) / NEIN ( )  
 Haben Sie einen Lebererkrankung? JA ( ) / NEIN ( )  
 Haben Sie Hepatitis B oder C? JA ( ) / NEIN ( )  
 Sind Sie HIV positiv oder haben Sie eine andere Immunschwäche? JA ( ) / NEIN ( )  
 Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? JA ( ) / NEIN ( )  
 Leiden Sie unter Rheuma? JA ( ) / NEIN ( )  
 Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? JA ( ) / NEIN ( )  
 Leiden Sie unter Migräne? JA ( ) / NEIN ( )  
 Wurden Sie schon mal wegen einer Krebserkrankung behandelt? JA ( ) / NEIN ( )  
 Haben Sie grünen Star? JA ( ) / NEIN ( )  
 Haben Sie eine Prostataerkrankung? JA ( ) / NEIN ( )

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Bitte Medikamentenliste beifügen** JA ( ) / NEIN ( )

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Unregelmäßige Medikamente \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Kortisonspray JA ( ) / NEIN ( )

Nahmen oder nehmen Sie Bisphosphonate? JA ( ) / NEIN ( )

(Im Rahmen einer Osteoporose oder Tumortherapie)

wenn Sie sich unsicher sind fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach

Hatten sie in der Vergangenheit Probleme mit Alkohol? JA ( ) / NEIN ( )

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe oder Medikamente? JA ( ) / NEIN ( )

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass? Bitte in Kopie beifügen ! JA ( ) / NEIN ( )

Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_ JA ( ) / NEIN ( )

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? JA ( ) / NEIN ( )

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Wir benötigen bitte die Angabe Ihres Gewichts \_\_\_\_\_ Kg

(aus pharmakologischen - und betriebstechnischen Gründen)

Sind Sie schon mal im Kopfbereich geröntgt worden? JA ( ) / NEIN ( )

Wann war die letzte Aufnahme : \_\_\_\_\_

Durch wen: \_\_\_\_\_

Dürfen wir die Röntgenaufnahmen vor dem Termin anfordern ? JA ( ) / NEIN ( )

**Bitte tragen Sie unten die Zeiten ein, zu denen Sie am besten können:**

**Mo Di Mi Do Fr Sa**

**Bitte tragen Sie unten die Zeiten ein, zu denen wir Sie am besten erreichen können:**

**Mo Di Mi Do Fr Sa**

Allgemeines:

Wir bieten in unserer Praxis nur höchste Qualität und unterscheiden nicht zwischen Kassen- und Privatbehandlungen. So entsteht Kassenpatienten zum Beispiel bei zahnfarbenen Füllungen ein Eigenanteil von ca. 60-90 Euro pro Zahn. Bei Wurzelbehandlungen entsteht Ihnen ein individuell zahnbezogener Eigenanteil.

Im Falle von Mehrkosten jeglicher Art erfolgt vor Behandlungsbeginn eine mündliche als auch schriftliche Aufklärung, der Ihrer Zustimmung bedarf. Dies schafft Transparenz und schützt Sie vor unerwarteten finanziellen Eigenanteilen.

Wir bitten Sie um Verständnis, dass alle nicht kassengetragene Beträge unter 150,00 Euro direkt nach der Behandlung in bar oder mit EC-Karte zu entrichten sind.

Die Rechnungen über 150,00 Euro schicken wir über unser Rechnungszentrum "ZA AG" zu.

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

Aachen, den

---

Unterschrift Patient