

# Anmeldung



PASSAUER STR. 16  
94133 RÖHRNBACH  
Tel. 0 85 82 / 97 96 22  
FAX 0 85 82 / 97 96 23

[INFO@PROPHYLAXE-RATGEBER.DE](mailto:INFO@PROPHYLAXE-RATGEBER.DE)  
[WWW.PROPHYLAXE-RATGEBER.DE](http://WWW.PROPHYLAXE-RATGEBER.DE)

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert

**Zahnarztpraxis Kornexl**  
Zahnarzt Jürgen Kornexl  
Passauer Str. 16

94133 Röhrnbach

Fax: 0 85 82/97 96 23

Liebe Dame,  
Lieber Herr,

Herzlichen Dank, daß Sie sich und Ihre Zähne uns anvertrauen. Wir kümmern uns um Ihre Zahngesundheit. Der Ihnen vorliegende Fragebogen hilft uns, Ihre Behandlung optimal planen zu können. Bitte füllen Sie dazu die beiden Seiten vollständig aus.

Wichtig ist auch die Beantwortung der Gesundheitsfrage, wodurch mögliche Risiken bei der Behandlung vermieden werden können.

Zum Schluß können Sie uns Ihre Wünsche mitteilen und uns zeigen, worauf Sie beim Zahnarzt besonderes Augenmerk legen.

Ich bedanke mich bei Ihnen und wünsche Ihnen einen schönen Tag!

Ihr Zahnarzt  
Jürgen Kornexl

Alle Ihre Angaben werden – unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Datenschutzes – bei uns gespeichert und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sobald Sie diese beiden Seiten bearbeitet haben, bitten wir Sie, die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen. Wir danken Ihnen!

## Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname/Titel: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Tel. Arbeitg. \_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_ Fax privat: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel. Hausarzt: \_\_\_\_\_

## Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname/Titel: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Tel. Arbeitg. \_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch (bitte Namen nennen):

Internet  Gelbe Seiten  sonstiges:

## Grund meines Besuches beim Zahnarzt:

Empfehlung durch (bitte Namen nennen):

Internet  Gelbe Seiten  sonstiges:

Weiter auf Seite 2 →

## Fragen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand

Bitte geben Sie uns im Folgenden Auskunft über Ihren aktuellen Gesundheitszustand, denn **Krankheiten, Allergien** oder **Medikamenten-Unverträglichkeiten** können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Im Falle von Allergien nehmen Sie bitte Ihren **Allergie-Pass** mit. Sofern sie zur Zeit Medikamente einnehmen müssen, tragen Sie diese bitte ebenfalls im vorgesehenen Feld ein. Dadurch können wir Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen. Herzlichen Dank!

<b>Allergien</b>			
Leiden Sie unter Allergien? (Welche ?)	<input type="checkbox"/>	ja	
.....			
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	ja	
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b>			
Wurde jemals eine <b>Herzerkrankung</b> festgestellt?	<input type="checkbox"/>	ja	
Haben Sie einen <b>Herzschrittmacher</b> oder einen <b>Herzklappenersatz</b> ?	<input type="checkbox"/>	ja	
Leiden Sie an <b>Bluthochdruck</b> ?	<input type="checkbox"/>	ja	
Leiden Sie an <b>Herzrhythmusstörungen</b> ?	<input type="checkbox"/>	ja	
Leiden Sie an <b>Angina Pectoris</b> ?	<input type="checkbox"/>	ja	
Bestand bei Ihnen jemals Verdacht auf einen <b>Herzinfarkt</b> ?	<input type="checkbox"/>	ja	
<b>Infektionskrankheiten</b>			
Besteht die Möglichkeit, dass Sie <b>HIV positiv</b> sind?	<input type="checkbox"/>	ja	
Besteht die Möglichkeit einer <b>Hepatitisinfektion</b> ?	<input type="checkbox"/>	ja	
Hatten Sie jemals <b>Tuberkulose</b> oder eine <b>Geschlechtskrankheit</b> ?	<input type="checkbox"/>	ja	
<b>Blutgerinnungsstörungen</b>			
Sind bei Ihnen <b>länger andauernde Blutungen</b> aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	ja	
Nehmen Sie <b>gerinnungshemmende Mittel</b> (z.B. Marcumar, Aspirin, Plavix)?	<input type="checkbox"/>	ja	
<b>Organerkrankungen</b>			
Haben Sie <b>Diabetes</b> (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	ja	
Hatten Sie jemals eine <b>Lebererkrankung</b> ?	<input type="checkbox"/>	ja	
Hatten Sie schon eine <b>Nierenerkrankung</b> ?	<input type="checkbox"/>	ja	
Leiden Sie unter <b>Magen-Darmerkrankung</b> ?	<input type="checkbox"/>	ja	
Haben Sie eine <b>Schilddrüsenerkrankung</b> ?	<input type="checkbox"/>	ja	
Haben Sie eine <b>Augenerkrankung</b> (z.B. Engwinkelglaukom)?	<input type="checkbox"/>	ja	
Haben oder hatten Sie jemals eine <b>Tumorerkrankung</b> ?	<input type="checkbox"/>	ja	
<b>Regelmäßige Medikamenteneinnahme</b>	<input type="checkbox"/>	ja	
Welche <b>Medikamente</b> nehmen Sie regelmäßig ein?			
.....			
<b>Anfallsleiden</b>			
Hatten Sie jemals einen <b>epileptiformen Anfall</b> (Krampfanfall)?	<input type="checkbox"/>	ja	
<b>Sonstiges</b>			
Leiden Sie an <b>Asthma</b> ?	<input type="checkbox"/>	ja	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	ja	
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	ja	
Bestehen andere Erkrankungen? Welche:	<input type="checkbox"/>	ja	
.....			
Wurde in den letzten 12 Monaten eine Röntgenaufnahme angefertigt (wenn ja, wo)?	<input type="checkbox"/>	ja	
.....			
Besteht eine <b>Schwangerschaft</b> oder der <b>Verdacht</b> auf eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	ja	
<b>Sonstige</b> für Ihre Behandlung relevanten <b>Angaben:</b>	<input type="checkbox"/>	ja	
.....			

**Grund meines Zahnarztbesuches:**

<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> Zahnlockerungen
<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> Mundgeruch
<input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungen
<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten
<input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme	<input type="checkbox"/> Unzufriedenheit (Aussehen der Zähne)
<input type="checkbox"/> Zähneknirschen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

**Ich möchte beraten werden über:**

<input type="checkbox"/> Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung
<input type="checkbox"/> Implantate	<input type="checkbox"/> Keramik-Verblendschalen
<input type="checkbox"/> Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnbehandlung
<input type="checkbox"/> Keramikkrone und -brücken	<input type="checkbox"/> Zahnaufhellung
<input type="checkbox"/> Amalgam-Entfernung	<input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlung
<input type="checkbox"/> Alternativen zum Amalgam	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Keramik-Inlays	

**Ich wünsche mir...:**

... das Beste für meine Zähne. Bitte informieren Sie mich über die für mich optimale Behandlung, auch wenn meine Krankenkasse möglicherweise nicht alles erstattet.

... Behandlung nur mit örtlicher Betäubung

... nur bei schmerzhaften Eingriffen eine Spritze

... genaue Informationen über die Behandlung

... so wenig wie möglich davon zu wissen

... sonstiges:

.....

**Tipps:**  
 Bringen Sie bitte Ihr **Bonusheft** und Ihre **Krankenversicherungskarte** mit, wenn Sie gesetzlich versichert sind!

**Terminvereinbarung:**  
**Bitte teilen Sie uns mit –per Post oder per Fax- auf welche Art und Weise Sie einen Termin vereinbaren wollen:**

Ich rufe selbst in der Praxis zur Terminvereinbarung an! **(08582/979622)**

Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an!

Ich habe bereits einen Termin vereinbart.

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

Telefon: .....

Zeit: .....

\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift