

# Zahnarztpraxis Sacha Karmoll

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 zwei Arbeitstage vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. So vermeiden Sie die Unannehmlichkeit, dass wir die für Sie reservierte Zeit berechnen müssen (pro 10min reservierter Behandlungszeit 45€).** 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 und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

Patient

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name:.....

Name: .....

Vorname / Titel:.....

Vorname / Titel: .....

Geb. Datum:.....

Geb. Datum: .....

Straße:.....

PLZ / Ort:.....

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Beruf:.....

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

Arbeitgeber:.....

Internet  Das Örtliche  Praxisschild

Sonstiges.....

Krankenkasse:.....

Hausarzt:.....

Telefon privat:.....

Was ist Ihnen beim Zahnarztbesuch **besonders wichtig**?

Tel. geschäftlich:.....

Tel. mobil: .....

E-Mail:.....

Wie können wir **Ihnen helfen**?

Wofür **interessieren** Sie sich **besonders**?

Kontrolluntersuchung

Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)

Zahnschmerzen

Zahnfleischbehandlung

Zahnlockerung

Implantate

Zahnfehlstellung

Zahnersatz

Zahnfleischbluten

Amalgam- Entfernung

Mundgeruch

Alternativen zum Amalgam

Kiefergelenksprobleme

Kiefergelenksbehandlung

Zähneknirschen

Behandlung unter Lachgassedierung

Probleme mit Zahnersatz

Keramik – Inlays

Neuer Zahnersatz

Keramikronen und - brücken

Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne

Ästhetische Zahnbehandlung

Verfärbte Zähne

Sport - Mundschutz

Zahnaufhellung

Ihre Behandlungswünsche:

Was ist **Ihnen** wichtig?

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 interessiere mich für das Vorbeugeprogramm „Nie wieder Zahnfäule, nie wieder Zahnfleischentzündung!“

Bei entsprechender Indikation bin ich an Naturheilverfahren interessiert.

Mehr Informationen im Internet: [www.zahnarztpraxis-freudenstadt.de](http://www.zahnarztpraxis-freudenstadt.de)

Zahnarztpraxis Sacha Karmoll

Bitte Rückseite beachten

## Angaben zum Gesundheitszustand

**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. Falls Sie laufend oder derzeit **Medikamente** einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!

### Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung.

Wenn ja, welches  Marcumar  Herz-ASS  Pradaxa  Xarelto  Eliquis  
 Coumadin  Aspirin  Tyklid  Plavix, Iscover  Efient  
 Brilique

Sonstiges: .....

**Allergien:** .....

**Haben Sie gegenwärtig irgendwelche Allgemeinbeschwerden?** .....

**Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich behandelt?** .....

**Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?** .....

**Waren Ihre bisherigen Erfahrungen beim Zahnarzt eher**  positiv  negativ?

**Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?**  Nein  Ja. Falls ja, welcher Monat? .....

### Erkrankungen

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck                             | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit           | <input type="checkbox"/> Magen – Darm – Erkrankungen   |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck                         | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion  | Ist einmal ein AIdstest durchgeführt worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden                        | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV/AIDS)  |
| <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden                             | <input type="checkbox"/> Atemnot                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis   |
| <input type="checkbox"/> Herz – Fehler                               | <input type="checkbox"/> Asthma                    | <input type="checkbox"/> Gelbsucht   |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz                           | <input type="checkbox"/> Dauerhusten               | <input type="checkbox"/> Sonstige: .....   |
| <input type="checkbox"/> Entzündung der Herzinnenhaut (Endokarditis) | <input type="checkbox"/> Tuberkulose               |  |
| <input type="checkbox"/> Herz – Operationen                          | <input type="checkbox"/> Blutsputten               |  |
| <input type="checkbox"/> Herz – Schwäche                             | <input type="checkbox"/> andere Lungenerkrankungen | Wurden Sie innerhalb der letzten fünf Jahre wegen einer schweren Krankheit behandelt?                  |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                           | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein  |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen                       | <input type="checkbox"/> Depressionen / Psychosen  | <b>Falls JA:</b>   |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris                             | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen         | Welche Krankheit: .....  |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                                 | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen        | Welche Behandlung: .....   |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                                | <input type="checkbox"/> alkoholkrank              |  |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung                       | <input type="checkbox"/> Rheuma                    |  |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen                           | <input type="checkbox"/> Arthritis                 |  |
| <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit                 | <input type="checkbox"/> Epilepsie                 |  |

**Vielen Dank für Ihr Vertrauen!**

**Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.**

**Ihr Praxisteam**

**Sacha Karmoll**

\_\_\_\_\_  
(Datum/Unterschrift Patient)

Mehr Informationen im Internet: [www.zahnarztpraxis-freudenstadt.de](http://www.zahnarztpraxis-freudenstadt.de)

Immer aktuell informiert: [www.facebook.com/zahnarzt.freudenstadt](https://www.facebook.com/zahnarzt.freudenstadt)