

Dr. Volker Ludwig
TS: Implantologie BDIZ/ Prothetik
Dr. Maria Brunner (aZä)
Aileen Klinge (aZä)
Dr. Ilona Strohmeyer (aZä)
Dr. Vincent Mitzscherling (aZa)

Marco Zapf (aZa)
TS: Endodontie
Sibylle Grubert (aZä)
Kristina Nirschl (aZä)
Schwerpunkt: Kinderzahnheilkunde
Jana Christner (aZä)
Schwerpunkt: Kinderzahnheilkunde

Anmeldeformular

Patient: _____ geb. am: _____
Versicherter: _____ geb. am: _____
Anschrift: _____ Telefon (privat): _____
Wohnort: _____ Telefon (dienstl.): _____
E-Mail-Adresse: _____ Handy: _____
Krankenkasse: _____
Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? _____ Erhalten Sie Beihilfe? _____
Beruf: _____ Arbeitgeber _____

Wünschen Sie nur eine Behandlung der momentanen Beschwerden? Ja / Nein

Möchten Sie an unserem Erinnerungsservice zur Gesundheitsvorsorge teilnehmen?
(Recall) Ja / Nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über: _____ (bitte ankreuzen)

- Karies- und Parodontitis Prophylaxe
- Zahnfarbene Füllungen
- Goldfüllungen
- Amalgamentfernung
- Implantate
- Sonstige Therapiemöglichkeiten

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
- Anzeigen
- Freunde/Bekannte/Verwandte
- Überweisung

bitte wenden >>>>>

Öffnungszeiten: Montag – Donnerstag 8-20 Uhr Freitag 8-18 Uhr Samstag 9-13 Uhr

Dr. Volker Ludwig
 TS: Implantologie BDIZ/ Prothetik
 Dr. Maria Brunner (aZä)
 Aileen Klinge (aZä)
 Dr. Ilona Strohmeyer (aZä)
 Dr. Vincent Mitzscherling (aZa)

Marco Zapf (aZa)
 TS: Endodontie
 Sibylle Grubert (aZä)
 Kristina Nirschl (aZä)
 Schwerpunkt: Kinderzahnheilkunde
 Jana Christner (aZä)
 Schwerpunkt: Kinderzahnheilkunde

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben:

(Diese unterliegen, wie alle persönlichen Daten, der Ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie dieses Blatt gewissenhaft aus.)

Allgemeinmedizinische Anamnese:

Ja | Nein

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in Ärztlicher
Behandlung? | ○ | ○ |
| 2. Wer ist Ihr Hausarzt? _____ | | |
| 3. Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____ | ○ | ○ |
| 4. Nehmen/Nahmen Sie Bisphosphonate ein?
(Medikament gegen Osteoporose oder wg. Krebsbehandlung) | ○ | ○ |
| 5. Bluten Sie länger bei kleinen Verletzungen? | ○ | ○ |
| 6. Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder
Medikamente (z.B. Penicillin) | ○ | ○ |
| 7. Leiden Sie unter Asthma, Heuschnupfen oder anderen Allergien?
Wenn ja, welche? _____ | ○ | ○ |
| 8. Sind Sie zurzeit schwanger?
Wenn ja, welche Woche? _____ | ○ | ○ |

bitte wenden >>>>>

Öffnungszeiten: Montag– Donnerstag 8-20 Uhr Freitag 8-18 Uhr Samstag 9-13 Uhr

Dr. Volker Ludwig
 TS: Implantologie BDIZ/ Prothetik
 Dr. Maria Brunner (aZä)
 Aileen Klinge (aZä)
 Dr. Ilona Strohmeyer (aZä)
 Dr. Vincent Mitzscherling (aZa)

Marco Zapf (aZa)
 TS: Endodontie
 Sibylle Grubert (aZä)
 Kristina Nirschl (aZä)
 Schwerpunkt: Kinderzahnheilkunde
 Jana Christner (aZä)
 Schwerpunkt: Kinderzahnheilkunde

Hatten Sie jemals:

Ja | Nein

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • Kreislaufstörungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Herzerkrankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Endokartitis-Prophylaxe (Antibiose)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Rheumatisches Fieber, akutes Rheuma? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Rheumatische Erkrankungen, Gelenkerkrankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • zu hohen Blutdruck? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • zu niedrigen Blutdruck? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Lebererkrankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Erkrankung der Atemwege? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Nierenerkrankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Aids, Hepatitis A, B oder C)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Schilddrüsenerkrankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Engwinkelglaukom (grüner Star)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Ohnmachts- oder Krampfanfälle? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. Marcumar)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Fürth, _____ Unterschrift Patient _____
 (Unter 18 Jahren bitte Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Abschließend noch eine Bitte: Wir sind eine Bestellpraxis. Um Ihnen die größte Aufmerksamkeit widmen zu können und Wartezeiten zu minimieren, stellen wir die Praxisorganisation je nach dem vereinbarten Termin ganz auf Sie ein. Sollten Sie die für Sie reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, dann teilen Sie uns das bitte rechtzeitig mit (möglichst 48 Stunden vorher! Bei mehrmaligem Nichterscheinen erlauben wir uns sonst eine Ausfallgebühr zu erheben!)

>>>ZUSÄTZLICH NEUE PARKPLÄTZE SAALFELDERSTRASSE; DIREKT HINTER DER PRAXIS<<<