

Checkliste

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank für das Vertrauen, das Sie uns entgegen bringen!

Es bedeutet uns sehr viel, alles dafür tun zu dürfen, Ihre Zahngesundheit ein Leben lang zu erhalten.

Für Ihren ersten Besuch in unserer Praxis benötigen wir einige Informationen, um uns optimal auf Sie und Ihre Wünsche vorbereiten zu können. Bitte bringen Sie daher folgende Unterlagen bei Ihrem ersten Besuch (oder noch besser: ein paar Tage vorher) mit in die Praxis:

<input type="checkbox"/>	Anmeldebogen	Allgemeine Informationen zu Ihnen und Ihrem Gesundheitszustand, um uns optimal auf Ihren Besuch vorzubereiten. Gerne schicken wir Ihnen ein gedrucktes Exemplar nach Hause. Ein Anruf bzw. eine Email genügt.
<input type="checkbox"/>	Allergiepass (falls vorhanden)	Somit können wir im Vorfeld alle Stoffe ausschließen, auf die Sie allergisch reagieren.
<input type="checkbox"/>	Medikamentenliste (falls vorhanden)	Damit können wir Wechselwirkungen und Komplikationen (Blutungsgefahr, Unverträglichkeit) ausschließen.
<input type="checkbox"/>	Röntgenaufnahmen (falls vorhanden)	Zur Vermeidung von Doppelanfertigungen. Wir akzeptieren: CD, USB-Stick, KIM-Email
<input type="checkbox"/>	Implantat-Pass (falls vorhanden)	Falls in Zukunft eines Ihrer Implantatteile (Aufbau, Krone, Locator®) erneuert werden muss, wissen wir genau welche Teile wir bestellen müssen.
<input type="checkbox"/>	Gesundheitskarte bzw. Versicherungsnachweis	Bitte achten Sie auf das Gültigkeitsdatum. Bitte unterschreiben Sie Ihre elektronische Gesundheitskarte
<input type="checkbox"/>	Bonusheft der letzten 10 Jahre	Hier bestätigen wir Ihnen Ihre Kontrollbesuche. Sie sichern sich damit höhere Zuschüsse für (zukünftigen) Zahnersatz. Tipp: Ihr letzter Zahnarzt stellt Ihnen für alle Kontrollbesuche der letzten 10 Jahre ein Bonusheft aus, welches wir fortführen können
<input type="checkbox"/>	Bereits vorhandene Kostenvorschläge (HKP)	Hiermit können wir nachvollziehen, welche Behandlung bei Ihnen angedacht war und diese eventuell fortführen oder Alternativen benennen.

Falls Sie beabsichtigen, eine **Zahnzusatzversicherung** abzuschließen, so kann dies nur vor Ihrem Besuch bei uns geschehen. Alle bereits vor Abschluss angeratenen Behandlungen sind fast immer nicht mehr versicherbar, auch in Tarifen "ohne Gesundheitsfragen"
Aber auch dann sprechen sie uns bitte an, wir finden eine Lösung.

Ihre Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Eva Maria Pioch

Anmeldebogen

Liebe Patientin, lieber Patient! Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der (zahn)ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Zahnärzte Dr. med. dent. Eva Maria Pioch und Kollegen

Persönliches (bitte ausfüllen):

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon, Festnetz	Telefon, Arbeit	Telefon, Mobil
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

Ich bin einverstanden mit Terminerinnerungen per SMS. (Dieser Service ist kostenfrei und unverbindlich. Nicht Zutreffendes streichen.)

Versicherung (bitte ausfüllen):

Krankenkasse/Versicherung

Gesetzlich versichert
 Privat

Zahnzusatzversicherung? Ja _____ Nein

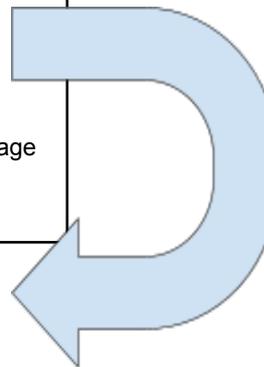
Pflegegrad: _____ Beihilfe berechtigt

Hinweis für gesetzlich krankenversicherte Patient/innen: Wird die Gesundheitskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Jetzt informieren und profitieren!

Fragen Sie unser Team oder kontaktieren Sie direkt Makler Maximilian Bürgers:

☎ 0162 904 8296, ✉ max.buergers@fh-deutschland.de



Allgemeine Gesundheitssituation (bitte alle Fragen beantworten)

Meine Ernährung ist	<input type="checkbox"/> „Normal“	<input type="checkbox"/> Gesund und ausgewogen	<input type="checkbox"/> unausgewogen
<input type="checkbox"/> Nichtraucher	<input type="checkbox"/> Raucher	<input type="checkbox"/> pro Tag 1-10 Zigaretten	<input type="checkbox"/> über 10 Zigaretten
Alkohol trinke ich	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> Ich nehme keine Medikamente			
Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein _____			
Haben bei ihnen Medikamente nicht gewirkt? _____			
<input type="checkbox"/> Ich bin zurzeit in ärztlicher Behandlung wegen: _____			
Ich leide an folgenden Krankheiten:		Wünschen Sie:	
<input type="checkbox"/> Lungen- und Atemwegserkrankungen		<input type="checkbox"/> eine kieferorthopädische Beratung?	
<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen		<input type="checkbox"/> ästhetische Verbesserungen?	
<input type="checkbox"/> Augenerkrankungen (z.B. „grüner Star“)		<input type="checkbox"/> eine ästhetische Korrektur ihrer Zähne?	
<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen		<input type="checkbox"/> eine Zahnaufhellung? (Bleaching)	
<input type="checkbox"/> Kreislauf- und Gefäßerkrankungen		<input type="checkbox"/> eine Faltenunterspritzung?	
<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen (ggf. Herzschrittmacher)		<input type="checkbox"/> Eine ästhetische Lippenkorrektur?	
<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck		-----	
<input type="checkbox"/> Allergie gegen _____		<input type="checkbox"/> Sind sie schwanger?	
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen		<input type="checkbox"/> Ich bin mit meinen Zähnen zufrieden	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen		<input type="checkbox"/> Ich habe Zahnfleischbluten	
<input type="checkbox"/> Nervenleiden (z.B. Krampfanfälle)		<input type="checkbox"/> Ich leide unter Mundgeruch	
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Skelettsystems		<input type="checkbox"/> Ich beobachte Zahnlockerungen	
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen		<input type="checkbox"/> Ich knirsche mit den Zähnen	
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten, welche _____			
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen			
<input type="checkbox"/> Diabetes, mellitus			
<input type="checkbox"/> Gemütsleiden, Depressionen			
<input type="checkbox"/> Osteoporose			
<input type="checkbox"/> Haben sie einen Herzpass			
<input type="checkbox"/> Haben sie Kiefergelenksbeschwerden	_____ .2025	X	X
<input type="checkbox"/> Schnarchen sie	Datum	Unterschrift	Begleitperson

Datenschutzerklärung

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen. Im Rahmen meiner Behandlung werden Daten über meine Person und meine medizinischen Daten erhoben, verarbeitet und genutzt und können unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (Krankenkassen, mitbehandelnde Zahnärzte, andere Einrichtungen des Gesundheitswesens oder medizinische Dienstleister) übermittelt werden.

Wie sollen wir sie erreichen?

telefonisch per Post SMS E-Mail

an folgende Nummer/Adresse/E-Mail Adresse _____

____.____.2025
Datum

~~X~~ _____
Unterschrift

~~X~~ _____
Begleitperson

Wie wurden Sie zuerst auf unsere Praxis aufmerksam?

Im Vorbeigehen Google Jameda Empfehlung Instagram