



Zahnarzt  
**DR. BUSCHMANN**  
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Herzlich willkommen in der Praxis von Dr. Andreas Buschmann. Wir möchten Sie gern in Ruhe, individuell und Ihren persönlichen Bedürfnissen entsprechend versorgen. Dazu bitten wir Sie, diesen Anmeldebogen möglichst vollständig auszufüllen, um eine komplikationslose Behandlung zu ermöglichen, und an unserer Rezeption wieder abzugeben. Gern können Sie den Bogen auch online ausfüllen, unterschreiben und uns per Email an [praxis@zahnarzt-dr-buschmann.de](mailto:praxis@zahnarzt-dr-buschmann.de) senden. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Für Fragen und Anregungen steht Ihnen unser Praxisteam jederzeit gerne zur Verfügung.

### Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon  Handynummer

Emailadresse

Beruf  Arbeitgeber

Hausärztin/-arzt

### Mitglied | Rechnungsempfänger

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Krankenkasse

freiw. versichert

pflichtversichert

Beihilfe

Zusatzversicherung

### Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? Ja Nein

Asthma (schwere Atemnot)  Ja  Nein

Allergien  Ja  Nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Allerg. Reaktionen (Medikamentenunverträglichkeit)  Ja  Nein

Wenn ja gegen welche Medikamente? \_\_\_\_\_

Hoher Blutdruck  Ja  Nein

Niedriger Blutdruck  Ja  Nein

Herzinfarkt  Ja  Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids usw.)  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ja Nein

Gelbsucht, Lebererkrankungen  Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)  Ja  Nein

Bluterkrankung/Gerinnungsstörung  Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  Ja  Nein

Wann war die letzte Zahnröntgenuntersuchung?

Datum \_\_\_\_\_

Empfohlen/Überwiesen durch: \_\_\_\_\_

### Angaben zu Ihren Behandlungswünschen

- Ich lege Wert auf eine Behandlung in lokaler Betäubung.
- Ich möchte über Alternativen zu Amalgamfüllungen informiert werden.
- Ich möchte über eine Prophylaxebehandlung (Professionelle Zahnreinigung) informiert werden.

Ich möchte telefonisch/schriftlich an die halbjährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden (Recall)

Ich verfüge über ein Bonusheft mit jährlichen Kontrollvermerken seit \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben.**

Datum, Ort

Unterschrift