

Dr. Carl Daniel von Lennep

Tätigkeitsschwerpunkte Implantologie, Parodontologie
und Ästhetische Zahnheilkunde

Dr. Katja von Lennep



Zahnärzte

Herzlich willkommen bei uns!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen! Um Ihre Behandlung so gut wie möglich auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen möglichst vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir, umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

PATIENT

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Telefon privat:

Fax privat:

Mobil-Tel.:

Telefon Arbeit :

E-Mail :

- Sind Sie freiwillig versichert? Ja Nein
Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein
Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein
Sind Sie privat versichert? Ja Nein

GRUND MEINES ZAHNARZT-BESUCHES

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> Kontroll-Untersuchung | <input type="radio"/> Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> Probleme mit Zahnersatz | <input type="radio"/> Zahnersatzgutachten |
| <input type="radio"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="radio"/> Zahnlockerungen | <input type="radio"/> Zahnkippungen | <input type="radio"/> Zähneknirschen |
| <input type="radio"/> Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> Zahnfleischschwund | <input type="radio"/> Kiefergelenksprobleme | <input type="radio"/> schlechter Biss |
| <input type="radio"/> Mundgeruch | <input type="radio"/> Unschöne Zähne | <input type="radio"/> Zahn abgebrochen | <input type="radio"/> Schwellung |
| <input type="radio"/> schiefe Zähne | <input type="radio"/> Prothesendruckstellen | <input type="radio"/> Anderes: | |

ICH WÜNSCHE EINE BERATUNG ÜBER

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="radio"/> Mundgesundheitsvorsorge | <input type="radio"/> Zahnfleischbehandlung | <input type="radio"/> Implantate | <input type="radio"/> Zahnersatz |
| <input type="radio"/> Füllungen | <input type="radio"/> Alternativen zum Amalgam | <input type="radio"/> Keramik-Inlays | <input type="radio"/> Gold-Inlays |
| <input type="radio"/> Schönerer Zähne | <input type="radio"/> Zahnaufhellung | <input type="radio"/> Veneers/Keramikkronen | <input type="radio"/> Weisheitszahnentfernung |
| <input type="radio"/> Zahnbehandlung in Narkose | <input type="radio"/> Kunststofffüllungen | <input type="radio"/> Korrektur von Zahnfehlstellungen | |
| <input type="radio"/> Anderes: | | | |

VERSICHERTER

Falls Sie nicht selbst, sondern z.B. über Ihren Vater oder Ehegatten versichert sind, tragen Sie hier bitte zusätzlich die Angaben zum Versicherten ein. Sind Sie selbst versichert, brauchen Sie hier nichts einzutragen.

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch (bitte Namen angeben):

.....

Internet Gelbe Seiten Andere:

.....

ANMELDE-BOGEN

Krankheiten, Allergien und Medikamenten-Unverträglichkeiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend sorgfältige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir unsere Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit. Nehmen Sie laufend oder zur Zeit **Medikamente**, tragen Sie diese bitte mit Mengenangabe ein!

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE ZUR ZEIT EIN? (Besonders wichtig ist die Angabe blutgerinnungshemmender Medikamente!)

Marcumar

Herz-ASS (Aspirin o.ä.)

Bisphosphonate

Sonstiges

ALLERGIEN:

FÜR PATIENTINNEN: Sind Sie schwanger? Ja Nein Welcher Monat?

ERKRANKUNGEN

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Herz-Fehler

Herzklappenersatz

Endokarditis

Herz-Operation

Herz-Schrittmacher

Herzrhythmusstörung

Herzinfarkt

Schlaganfall

Blutgerinnungsstörung

Zuckerkrankheit

Schilddrüsenüberfunktion

Schilddrüsenunterfunktion

Asthma/Lungenkrankheit

Nervenerkrankung

Depressionen

Lebererkrankung

Nierenerkrankung

Rheuma

psychische Erkrankung

Magen-Darm-Erkrankung

Immunschwäche (HIV)

Hepatitis

Epilepsie

Grüner Star

Zur Zeit bestehende Infektion:

Andere Krankheit:

MEINE BEHANDLUNGSWÜNSCHE

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 möchte grundsätzlich mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich wünsche Behandlung in Vollnarkose (ggf. kostenpflichtig!).

Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Eingriffen eine Spritze bekommen.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, um Wartezeit zu vermeiden. Wir reservieren die für Sie vereinbarte Behandlungszeit. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Schreiben gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

.....
(Datum/Unterschrift) ggf. gesetzlicher Vertreter*

* Bei Personen unter 18 Jahren / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen

Anschreibenfeld passend für Fensterkuvert

**Zahnarztpraxis
Dr. Carl Daniel von Lennep
Breite Str. 22**

41460 Neuss

Fax: 0 21 31 / 40 93 97

Bitte senden oder faxen Sie uns den ausgefüllten Anmeldebogen zu und kreuzen Sie unten an, in welcher Form die Terminvereinbarung erfolgen soll:

Ich rufe in der Praxis zur Terminvereinbarung an!

Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an!

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

Telefon:

Zeit:

Vielen Dank für Ihr Vertrauen! Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen.