



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben, freut uns sehr - vielen Dank für Ihr Vertrauen! Vor Ihrem ersten Termin möchten Sie uns sicher näher kennen lernen, uns sozusagen auffordern: "Zeigen Sie mal bitte Ihre Zähne". In unserer Praxisbroschüre stellen wir Ihnen deshalb gerne vor, wie wir zeitgemäße Zahnheilkunde sehen, wie wir arbeiten und wer wir sind.

Ihre Behandlung wollen wir optimal vorbereiten. Deshalb eine Bitte an Sie: Füllen Sie den beiliegenden Anmeldebogen aus. Ihre Daten behandeln wir selbstverständlich vertraulich. Gerne können Sie uns bei dieser Gelegenheit vorab über Ihre Wünsche oder Fragen zum Thema Zahnheilkunde informieren.

Beim ersten Termin werden Untersuchungen durchgeführt, die notwendig sind und die Sie in Kenntnis setzen, über eventuelle Probleme Ihres Kausystems. Diese sind auch für den weiteren Behandlungsverlauf wichtig. Eventuell notwendig werdende Untersuchungen werden zu einem späteren Zeitpunkt nach Bedarf erhoben.

Ihre Krankenkasse (vor allem die Sozialversicherungskasse) übernimmt möglicherweise nicht alle notwendigen Leistungen, deshalb beraten wir Sie jederzeit gern über Alternativen und deren Kosten.

Zum Schluss noch etwas in eigener Sache: Bitte rufen Sie uns frühzeitig an, falls Sie zum vereinbarten Termin nicht kommen können - spätestens am Tag zuvor. Dann wissen wir, "wie wir dran sind", können umdisponieren und Wartezeiten vermeiden.

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____ Arbeitgeber: _____

Vorname: _____ Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ Beruf: _____

PLZ, Ort: _____ Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

Telefon, privat: _____ JA / NEIN

Telefon, sonstige: _____ Wünschen Sie ein Bonusheft?

Krankenkasse: _____ JA / NEIN

Wer hat uns empfohlen? _____

Zahnärztliche Praxis
Dr. med. dent. Eno Akpan
Obermarkt Center
Am Kreuzfeld 2
82418 Murnau
Tel.: 0 88 41 / 93 66
kontakt@zahnarzt-akpan.de
www.zahnarzt-akpan.de

**Zahnarzt ist
eingetragenes Mitglied der:**
· Zahnärztekammer Bayern
· Deutsche Gesellschaft für Implantologie
· Deutsche Gesellschaft für Endodontie
· Akademie Praxis und Wissenschaft
· Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund
und Kieferheilkunde

Bitte füllen Sie auch die nächste Seite aus!



Bestehen gesundheitliche Risiken? Bitte zutreffendes einkreiseln!

Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein
 Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja / nein
 Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja / nein
 Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja / nein

Sind Sie HIV positiv? ja / nein
 Haben/hatten Sie Hepatitis B? ja / nein
 Haben/hatten Sie Hepatitis C? ja / nein

Haben Sie Diabetes? ja / nein
 Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein
 Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja / nein
 Leiden Sie unter Migräne? ja / nein
 Haben Sie grünen Star? ja / nein
 Haben Sie Asthma? ja / nein

Bei weiblichen Patientinnen:
 Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche ja / nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung? _____

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

 Murnau, Datum

 Unterschrift

**** Vielen Dank für Ihre Bemühungen! ****

Ihr Praxisteam Dr. Eno Akpan

**Zahnärztliche Praxis
 Dr. med. dent. Eno Akpan**
 Obermarkt Center
 Am Kreuzfeld 2
 82418 Murnau
 Tel.: 0 88 41 / 93 66
 kontakt@zahnarzt-akpan.de
 www.zahnarzt-akpan.de

**Zahnarzt ist
 eintragungsgemäßes Mitglied der:**
 - Zahnärztekammer Bayern
 - Deutsche Gesellschaft für Implantologie
 - Deutsche Gesellschaft für Endodontie
 - Akademie Praxis und Wissenschaft
 - Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund
 und Kieferheilkunde