

ANMELDUNG: www.zauberzahn.de® www.zauberlippen.de® www.zaehne.me

ZAUBERZAHN® und ZAUBERLIPPEN® sind eingetragene Markenzeichen!

Patient _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____ Telefon _____

Versicherter _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____ Telefon _____

Anschrift _____
Straße _____ Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Krankenkasse _____ Beihilfe _____

Arbeitgeberanschrift/Beruf _____ Tel.geschäft. _____

Ihre **Internetadresse** : _____ Ihre **Handynummer** : _____
(für z.B. **Aufruf per Handy**, wenn Sie in der Innenstadt sind!)

Haben oder hatten Sie folgende **Erkrankungen oder Besonderheiten**:

Herz/Kreislaufkrankungen () Herzschrittmacher () Bluter () Diabetes () AIDS () Hepatitis ()
Herpes () Rheuma () Asthma () Abhängigkeit () Allergien () Allergiepaß () Psych. Störungen ()

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig.....oder momentan..... ein ?

Sind Sie schwanger ? Ja () Nein () In welcher SSW ? ///

Andere Besonderheiten oder Erkrankungen ? >>.....

Haben Sie Spritzen beim Zahnarzt immer gut vertragen ? Ja () Nein () Ohnmachtneigung ? ()

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden? Ja () Nein ()

Besonderheiten unseres Servicezentrums

Wir bieten Ihnen **Hi-Tech** in Verbindung mit **biologischen Methoden**: Laser, Digitales Röntgen (Ct), Schmerzarme „Bohr“-Methoden, Heilschlaf mit Hypnose, spez. Kinderbehandlung, professioneller Lippenaufbau und Faltenunterspritzung, Parodontose-Behandlungen mit modernsten Methoden, uvm.

Aufklärung

* Zahnärztliche Injektionen können, wie z.B. Schmerzmittel, **Reaktionsfähigkeit** und Kreislauf beeinträchtigen oder allergische Reaktionen verursachen. Solange die Spritze wirkt, sollten Sie nicht Auto fahren o.ä..

* Dies ist eine **Bestellpraxis**, d.h. wir reservieren Ihnen Ihre Behandlungszeit! Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig (mind. 24 Std vor Behandlungsbeginn) abgesagte Termine in Rechnung zu stellen!

* Bitte die Versicherungskarte **zu jeder** Behandlung mitbringen!

→ Sie erklären sich damit einverstanden, dass alle drei Ärzte dieser Praxisgemeinschaft Einblick in Ihre Krankenunterlagen (Kartei, Röntgen, etc.) haben. Nur so ist eine effektive Kooperation in Ihrem Sinne möglich und jeder der Ärzte - z.B. im Notfall - in der Lage, Sie richtig und fachgerecht zu behandeln.

* Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der **ärztlichen Schweigepflicht**. Alle Daten sind allen Praxisangehörigen zugänglich. Damit bin ich einverstanden.

Ich habe alle Erkrankungen wahrheitsgemäß angegeben und habe die Aufklärung verstanden und angenommen,

.....
Datum

.....
Ihre Unterschrift bitte