

**dr. med. dent. Christoph Eichenhofer**  
**Oralchirurgie | Zahnmedizin am Lauerturm**

Karlsruher Str. 7 – 76275 Ettlingen  
Telefon: 07243 7299377 – Telefax: 07243 7299376  
hallo@zahnaerzte-am-lauerturm.de

## Anmeldebogen mit Anamnese

Wir bitten Sie im eigenen Interesse den Bogen sorgfältig auszufüllen und diesen dann bei Ihrem ersten Termin mitzubringen. Vielen Dank!

### Patient

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
E-Mail privat: \_\_\_\_\_

### Wer ist Hauptversicherter?

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Telefonnummern

Privat: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
Geschäftlich: \_\_\_\_\_

### Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen  
Dienstes? ja  nein   
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Pflichtversichert: ja  nein   
Zahnzusatzversichert: ja  nein

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Gibt es ein Betreuungsverhältnis? Wenn ja, wer \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### Liegen bei Ihnen Grunderkrankungen oder gesundheitliche Risiken vor?

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

Leiden Sie an einer Allergie? ja  nein

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

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja  nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaferkrankung? ja  nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja  nein

Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja

niedrigen Blutdruck? ja

Haben Sie Diabetes/Zuckerkrankheit? ja  nein

Wenn ja, kennen Sie Ihren Langzeitzuckerwert HbA 1c? \_\_\_\_\_

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja  nein

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja  nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja  nein   
HIV  Hepatitis B  Hepatitis C   
Leiden Sie unter Migräne? ja  nein   
Leiden Sie an Asthma? ja  nein   
Leiden Sie an Rheuma? ja  nein   
Haben Sie grünen Star/erhöhten Augeninnendruck? ja  nein   
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja  nein   
Nehmen oder haben Sie Bisphosphonate eingenommen? ja  nein   
Wurden Sie bestrahlt im Kopf-/Kieferbereich? ja  nein   
Nehmen Sie Medikamente ein? Gibt es einen Medikamentenplan? ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? ja  nein   
Wenn ja, wie viel?  <10 Zig./Tag  >10 Zig./Tag  
Sind Sie schwanger? ja  nein   
Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

### Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja  nein   
In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? \_\_\_\_\_  
Sonstiger Grund \_\_\_\_\_  
Haben Sie Zahnschmerzen? ja  nein   
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja  nein   
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja  nein   
Sind Ihre Zähne gelockert? ja  nein   
Haben Sie Geräusche/Schmerzen im Kiefergelenk? ja  nein   
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? ja  nein   
Sind Sie mit der Ästhetik (Aussehen) Ihrer Zähne zufrieden? ja  nein

### Liegen bei Ihnen besondere Umstände bei der zahnärztlichen Behandlung vor?

Würden Sie sich als Angstpatient beschreiben? ja  nein   
Leiden Sie an Würgereiz? ja  nein   
Gab es Nebenwirkungen bei zahnärztlichen Injektionen? ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Leiden Sie unter Lippenherpes ja  nein   
Besitzen Sie festsitzenden Zahnersatz (Kronen, Brücken)? ja  nein   
Wenn ja, seit welchem Jahr etwa? \_\_\_\_\_  
Besitzen Sie herausnehmbaren Zahnersatz (Prothesen)? ja  nein   
Wenn ja, seit welchem Jahr etwa? \_\_\_\_\_  
Wurde eine Zahnfleischbehandlung bisher durchgeführt? ja  nein   
Wenn ja, in welchem Jahr etwa? \_\_\_\_\_  
Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? ja  nein   
Wurde schon einmal eine Knirscherschiene angefertigt? ja  nein   
Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenbilder ihrer Zähne gemacht? ja  nein

## Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Implantate	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Amalgam Entfernung	
Parodontalbehandlung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	unter Schutzmaßnahmen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Kiefergelenkbehandlung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Ästhetische Zahnheilkunde	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Behandlung in Narkose	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Zahnaufhellung/Bleaching	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Sonstiges	

---

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

Kontrolluntersuchungen

Professionelle Zahnreinigung / Mundhygiene

Die Erinnerung wünsche ich

per E-Mail

per Telefonanruf

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem Interesse vollständig, Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich. Sobald sich an diesen Angaben etwas ändert teilen Sie uns dieses bitte sofort mit.

Wir bitten Sie höflich, die vereinbarten Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte spätestens 24 Stunden vorher mit, ansonsten kann Ihnen der Behandlungsausfall lt. BGB in Rechnung gestellt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

---

Ort, Datum

---

PatientIn, gesetzliche/r VertreterIn

**dr. med. dent. Christoph Eichenhofer**  
**Oralchirurgie | Zahnmedizin am Lauerturm**  
Karlsruher Str. 7 | 76275 Ettlingen  
07243 7299377 | hallo@zahnaerzte-am-lauerturm.de

## **Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten Behandlungstermins**

zwischen **dr. med. dent Christoph Eichenhofer**  
Zahnarzt

und \_\_\_\_\_  
Patient / Zahlungspflichtigem

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit **ausschließlich für Sie reserviert** ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen **Wartezeiten erspart** bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, diese **spätestens 24 Stunden** vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten.

So kann Ihnen, wenn Sie den Termin **nicht rechtzeitig absagen**, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in **Rechnung gestellt** werden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Patient / Zahlungspflichtiger

\_\_\_\_\_  
dr. med. dent. Christoph Eichenhofer