

# Zahnärzte/ am Schlosspark/ Dr. Niemann & Dr. Pinske

## Anmeldung/

Name	Vorname	geboren am
Mitglied	Vorname	geboren am
Straße	Postleitzahl	Ort
Telefon	Beruf	Arbeitgeber

Dieser Fragebogen enthält wichtige Informationen für Ihren behandelnden Zahnarzt; er verbleibt bei Ihren Akten.  
Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen in Ihrem Interesse genau:

ja    nein

Haben Sie anhaltende Schmerzen?

Beobachten Sie (gelegentlich) Zahnfleischbluten?

Wurden im letzten Jahr Zahn-Röntgenaufnahmen gemacht?

Benutzen Sie außer Zahnbürste und -pasta noch andere Mundhygienemittel?

Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem?

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein oder bekommen Sie Tabletten

bzw. Infusionen verabreicht? Welche?

Hatten Sie jemals

- eine ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente oder Spritzen

- Asthma, Allergien (evtl. Latex)

- Erkrankungen des Blutes (z.B. Blutgerinnungsstörungen)

- Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen, Herzschrittmacher

- Nierenerkrankungen

- ansteckende Erkrankungen (Tbc, Hepatitis, AIDS)

Rauchen Sie? Wieviel?

Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche?

Haben Sie/hatten Sie jemals

Nackenverspannungen, Kopfschmerzen, Tinnitus

Bandscheibenvorfälle, Beckenschiefstand

orthopädische Schuheinlagen

Sind Sie deswegen in orthopädischer/physiotherapeutischer Behandlung?

Tragen Sie eine Knirscherschiene?

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen durch Frau/Herrn:

Änderungen meines Gesundheitszustandes bzw. die Einnahme neuer, bislang nicht eingenommener Medikamente werde ich vor Beginn einer anstehenden Behandlung bekannt geben.

→ bitte 2. Seite beachten!

# Zusatzleistungen/

Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse haben nur Anspruch auf eine ausreichende, wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung. Darüber hinaus bieten wir unseren Patienten selbstverständlich das gesamte Spektrum moderner Zahnmedizin an. Wir bitten Sie daher, uns Ihre Wünsche mitzuteilen.

Ich möchte unverbindlich auch über weitergehende Therapieformen informiert werden

Mich interessiert zum Beispiel:

## Prophylaxe

für Kleinkinder  
für Kinder und Jugendliche  
für Erwachsene  
Professionelle Medizinische Zahnreinigung

## Ästhetische Zahnheilkunde

Bleaching  
Kosmetische Zahnreinigung  
ästhetische Frontzahnfüllungen  
Veneers (keramische Verblendschalen)

## Implantate

zum Einzelzahnersatz  
statt Teilprothese  
statt Vollprothese

## Amalgamfreie Füllungen

Kompositfüllungen (zahnfarbene Füllungen)  
Keramikfüllungen  
Goldeinlagefüllungen

Ich möchte gerne in das Recall-System aufgenommen werden

Bei unserem Recall-System werden Sie nach einem mit Ihnen vereinbarten Zeitraum an Ihren nächsten Zahnarztbesuch per Post erinnert.

Ort, Datum

Unterschrift

In der Praxis drucken wir das Formular für Sie zur Unterschrift aus.

## Ihre Zähne in guten Händen.

Dr. Niemann & Dr. Pinske

Reetwerder 23a, 21029 Hamburg

Telefon 040 720 044 400

www.zasbergedorf.de | post@zasbergedorf.de

→ bitte 3. Seite beachten!

## Datenschutz/

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten  
gemäß Art. 5 Abs. 1 Art. 7 DSGVO

Patient/Patientin

Vor- und Nachname

Adresse

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck:  
(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Weitergabe an behandelnde Zahnärzte, Ärzte, Physiotherapeuten
- Zahntechnisches Fremdlabor
- Erinnerung an die halbjährlichen Vorsorgeuntersuchungen
- Erinnerung an die professionelle Zahnreinigung

durch die Praxis zu.

Ort, Datum

Unterschrift

In der Praxis drucken wir das Formular für Sie zur Unterschrift aus.

Ihre Zähne in guten Händen.

Dr. Niemann & Dr. Pinske

Reetwerder 23a, 21029 Hamburg

Telefon 040 720 044 400

www.zasbergedorf.de | post@zasbergedorf.de

**E-Mail senden**

Bitte Formular als  
Datei anhängen