



DR. JOCHEN & BARBARA  
**HÜBNER**  
ZAHNÄRZTE

## PERSÖNLICHES

### Patient

.....  
Name

.....  
Vorname/Titel

.....  
Straße

.....  
PLZ/Ort

.....  
Geburtsdatum/Geburtsort

.....  
Beruf

.....  
Arbeitgeber

.....  
Krankenkasse

.....  
Hausarzt

.....  
Telefon privat

.....  
Handy

.....  
E-Mail

.....  
Telefon Arbeit

### Versicherter (Eltern/Ehegatte)

.....  
Name

.....  
Vorname/Titel

.....  
Straße

.....  
PLZ/Ort

.....  
Geburtsdatum

.....  
Telefon privat

### Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

**Terminreminderung**    Telefon    SMS    E-Mail    Keine

## WAS FÜHRT SIE IN UNSERE PRAXIS?

- Vorsorgeuntersuchung
- Schmerzbehandlung
- Zahnfleischprobleme
- Fehlende Zähne
- Probleme mit Zahnersatz
- Neuer Zahnersatz
- Kiefergelenksbeschwerden
- Implantatberatung
- Unzufriedenheit mit dem Aussehen der Zähne

## WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

- Google/Internet
- Persönliche Empfehlung

### Empfehlung durch

.....  
Name

.....  
Vorname

# ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

## Erkrankungen?

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herz-, Kreislauferkrankungen  
Welche? .....
- Herzklappenersatz
- Endokarditis
- Herzoperation
- Herzschrittmacher
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Störungen der Blutgerinnung
- Immunerkrankungen (z.B. HIV, Aids)
- Wundheilungsstörungen
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Knochenmarkserkrankungen
- Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens
- Osteoporose
- Tumorerkrankungen
- Frühere Parodontitis-Behandlung
- Drogenabhängigkeit
- Asthma/Lungenerkrankungen
- Nervenerkrankungen
- Depressionen/Psychosen
- Lebererkrankungen
- Epilepsie
- Magen-, Darmerkrankungen
- Hepatitis  
Welche? .....
- Sonstige  
Welche? .....

## Rauchen Sie?

- Nein     Ja  
Wie viel? .....

## Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- Nein     Ja  
In welchem Monat? .....

## Haben Sie Allergien?

- Nein     Ja  
Gegen? .....

## Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

- Nein     Ja  
Welche? .....

## Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

- Nein     Ja  
Welche? .....

## Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

- Nein     Ja  
Welche? .....

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Bei längeren Terminen werden wir uns den Termin ggf. einen Tag vorher von Ihnen nochmals bestätigen lassen.

Ort/Datum .....

Unterschrift .....

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