

**Liebe Patienten,**

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis zu begrüßen und danken für das uns entgegengebrachte Vertrauen. Wir wollen Ihren Erwartungen gerecht werden und höchste Qualität gewährleisten.

• **Wir haben Zeit für Sie !**

Wir legen besonderen Wert auf genügend Zeit für das persönliche Gespräch, um all Ihre Wünsche zu erörtern. Unsere Praxis ist eine reine Bestellpraxis. Wir sind pünktlich .

• **Wir führen eine Privatpraxis !**

Unsere Behandlungsvorschläge orientieren sich ausschließlich an den für Ihre Gesundheit erforderlichen Notwendigkeiten.

• **Unsere Praxis ist "amalgamfrei" !**

Wir verwenden schon seit Jahren kein Amalgam mehr. Amalgamentfernungen werden unter einer speziellen Abdeckungsfolie (sog."Kofferdam") zum Schutz vor Verschlucken durchgeführt. Wir erläutern gerne die gesundheitlich unbedenklichen Alternativen.

• **Wir haben uns spezialisiert !**

Der Erhalt der eigenen Zähne durch Karies- und Parodontosevermeidung ist unser Ziel. Wo notwendig, fertigen wir hochwertigen Zahnersatz sowie Titanimplantate für "die festen Dritten" anstatt Prothesen.

• **Wir geben "Ihre Zähne" nicht aus den Händen !**

Herr Plate stellt die zahntechnischen Arbeiten im praxiseigenen Dentallabor mit höchster Qualität und Präzision durch Lupen- und Mikroskopkontrolle selbst her. Nur Keramik- und Teleskoparbeiten werden bei Speziallabors in Auftrag gegeben.

• **Wir machen Fortbildung !**

Wir besuchen regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen im In- und Ausland, um Sie unter Berücksichtigung neuester wissenschaftlicher und sonstiger aktueller Erkenntnisse behandeln zu können.

Für Kritik und Anregungen aus Ihrem Mund sind wir jederzeit offen. Nur so können wir dauerhaft Ihren Bedürfnissen entsprechende Behandlungsangebote unterbreiten. Wir stehen gerne für alle Fragen der Zahnheilkunde mit Rat und Tat zur Verfügung. Unsere Arbeit lebt von Ihrer Empfehlung. Vielen Dank.

**Ihr Praxisteam der zahnärztlichen Privatpraxis Jochen Plate**

*Martina Plate – Susanne Herden – Nicole Mosebach – Dolores Navarro-Nardella – Sarah Karthaus*

**Anmeldebogen**

Patient

Name, Vorname, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Ggf. Erziehungsberecht./Rechnungsempf.

Name, Vorname, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

Ggf abweichende Adresse Erziehungsberechtigter/Rechnungsempfänger:

\_\_\_\_\_

<i>Telefon, tagsüber (8-16 Uhr)</i>	
<i>Telefon, sonstige Zeit</i>	
<i>Telefon, mobil</i>	
<i>Telefax</i>	
<i>E-Mail, privat</i>	

**Schweigepflichtentbindungserklärung:**

Hiermit entbinde ich die zahnärztliche Privatpraxis Jochen Plate folgenden Personen gegenüber von der ärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf reine Terminabsprachen (A) und/oder medizinische Sachverhalte (B):

Name, Vorname	A	B	Telefon

Mein Hauptanliegen ist: \_\_\_\_\_

Ich komme auf Empfehlung von \_\_\_\_\_

Ich möchte in das Terminerinnerungs-System der Praxis aufgenommen werden: JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift

Liebe Patienten,

damit wir unsere Auswahl von Medikamenten und Materialien optimal auf Ihre Behandlung abstimmen können, benötigen wir detaillierte Angaben zu Ihrer Krankengeschichte (bitte ankreuzen: ja/nein). Wir werden regelmäßig nachfragen, bitte informieren Sie uns aber auch unaufgefordert über Veränderungen.

Name, Vorname, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie	Ja	Nein	nähere Angaben (wird vom Zahnarzt ausgefüllt)	
<b>Herzerkrankungen?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• Herzinfarkt</li> <li>• Herzrhythmusstörungen</li> <li>• Koronarerkrankung</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>Kreislaufkrankungen?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hoher Blutdruck</li> <li>• niedriger Blutdruck</li> <li>• Durchblutungsstörungen</li> <li>• Thrombose</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>Gerinnungsstörungen?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcumar</li> <li>• Faktor-V-Mangel</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>Blutkrankheiten?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anämie</li> <li>• Leukämie</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>Stoffwechselerkrankungen?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>Allergien?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asthma</li> <li>• Heuschnupfen</li> <li>• Penicillin</li> <li>• Lebensmittel</li> <li>• Allergiepaß</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>Arzneimittelunverträglichkeiten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betäubungsmittel</li> <li>• Schmerzmittel</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>Infektionskrankheiten?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis A/B/C</li> <li>• AIDS</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>Sonstige Erkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoimmunerkrankungen</li> <li>• Rheuma</li> <li>• Muskuläre Verspannungen</li> <li>• Krebs</li> <li>• Krampfanfälle</li> <li>• Psychische Erkrankungen</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pille</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>				
<b>Rauchen Sie?</b>				
<b>Bitte nennen Sie uns Ihren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausarzt</li> <li>• Internisten</li> <li>• Kardiologen</li> <li>• ...</li> </ul>				

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine o.g. Angaben, die Anmerkungen des Zahnarztes und entbinde die o.g. Ärzte von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht der zahnärztlichen Privatpraxis Jochen Plate gegenüber:

Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift

## zahnärztliche Krankengeschichte

Name, Vorname, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie	Ja	Nein	nähere Angaben (wird vom Zahnarzt ausgefüllt)	
<b>kieferorthopädische Behandlungen?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zahnklammer</li> <li>• Brackets</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>kieferchirurgische Operationen?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weisheitszähne</li> <li>• Zysten</li> <li>• Implantate</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>sonstige Beschwerden im Kopf-Hals-Bereich?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopfschmerzen</li> <li>• Migräne</li> <li>• muskuläre Verspannungen</li> <li>• HWS-Syndrom</li> <li>• Tinnitus/Ohrgeräusche</li> <li>• Kiefergelenkknacken</li> <li>• Bißprobleme</li> <li>• eingeschränkte Mundöffnung</li> <li>• Trigeminusneuralgie</li> <li>• Gesichtsschmerz</li> <li>• Unfälle</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>professionelle Zahnreinigungen?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polieren</li> <li>• Airflow</li> <li>• Ultraschall</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>Probleme mit zahnärztlichen Betäubungen/Spritzen?</b>				
<b>Bestrahlungen im Kopf-Hals-Bereich?</b>				
<b>Knirschen/Pressen Sie mit den Zähnen?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beißschiene</li> <li>• Schnarchschiene</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>Tragen Sie Zahnersatz?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prothesen</li> <li>• Kronen/Brücken</li> <li>• Provisorien</li> <li>• ...</li> </ul>				
<b>Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?</b>				
Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine o.g. Angaben und die Anmerkungen des Zahnarztes.				
Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift