

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben! Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

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

Liebe Patienten,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, **beide** Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen.

Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.

Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Ihr Zahnarzt

Dr. Gero Juraszyk Bachmann, M.A.

## Patient

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon Arbeit: \_\_\_\_\_

## Eltern (bei Minderjährigen)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

## Ergänzungsleistungen/Unterstützung durch Sozialamt/IV

- Ja  
 Nein

## Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch (bitte Namen nennen):

\_\_\_\_\_

Internet    Telefonbuch    Sonstiges:

\_\_\_\_\_

## Grund meines Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung  
 Zahnschmerzen  
 Zahnlockerungen  
 Zahnfleischbluten  
 Fehlende Zähne  
 Probleme mit Zahnersatz  
 Neuer Zahnersatz  
 Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne  
 Kiefergelenksprobleme  
 Zähneknirschen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)  
 Zahnfleischbehandlung  
 Amalgam-Entfernung  
 Metallfreie Zahnbehandlung  
 Zahnersatz  
 Lückenschluss mit Zahnimplantat und Krone  
 Feste Zähne statt Teilprothese  
 Verbesserung des Prothesenhalts  
 Feste Zähne statt Totalprothese  
 Keramikfüllungen (Inlays)  
 Keramik-Kronen und -Brücken  
 Keramik-Verblendschalen  
 Verschönerung meiner Zähne  
 Zahnaufhellung  
 Sonstiges:

Weiter auf Seite 2



# Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

**Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente** können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit **Medikamente** einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!

## Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

- Nein       Ja, und zwar       Eliquis       Pradaxa  
 Xarelto       Marcumar       Herz-ASS       Sonstige: \_\_\_\_\_

## Haben Sie Allergien?

- Nein       Ja, und zwar gegen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Nehmen Sie sog. Bisphosphonate gegen Krebs oder Osteoporose ein?

- Nein       Ja, und zwar \_\_\_\_\_

## Rauchen Sie?

- Nein       Ja: Wie viel? \_\_\_\_\_

## Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

- Nein       Ja, und zwar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- Nein       Ja: In welchem Monat? \_\_\_\_\_

## Erkrankungen

Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?  
\_\_\_\_\_

- Herzklappenersatz  
 Endokarditis  
 Herz-Operationen  
 Herz-Schrittmacher  
 Herzinfarkt  
 Schlaganfall

- Störungen der Blutgerinnung  
 Immunerkrankungen (z.B. HIV)  
 Wundheilungsstörungen  
 Diabetes (Zuckerkrankheit)  
 Knochenmarks-Erkrankungen  
 Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens  
 Osteoporose  
 Tumorerkrankungen  
 Frühere Parodontitis-Behandlung  
 Drogenabhängigkeit

- Asthma/Lungenkrankheit  
 Nervenerkrankungen  
 Depressionen/Psychosen  
 Lebererkrankungen  
 Nierenerkrankungen  
 Epilepsie  
 Magen-Darm-Erkrankungen  
 Hepatitis. Welche? \_\_\_\_\_  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

## Service für Sie: Termin-Erinnerung (Recall)

Mit unserem Recall-System erinnern wir Sie bzw. Ihr Kind an Ihre regelmäßigen Kontrolltermine in unserer Praxis:

Ich möchte an notwendige Kontrolltermine erinnert werden.

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

## Terminvereinbarung

Falls Sie diesen Anmeldebogen von unserer Website heruntergeladen oder zugesandt bekommen haben: Bitte senden Sie ihn uns ausgefüllt zu und kreuzen Sie unten an, in welcher Form die Terminvereinbarung erfolgen soll:

Ich habe bereits einen Termin vereinbart.

Ich rufe Sie in der Praxis zur Terminvereinbarung an!  
(Telefon: 041 970 33 77)

Vielen Dank für Ihr Vertrauen! Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

**Ihr Praxis-Team Dr. Gero Juraszyk Bachmann, M.A.**

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Anschriftenfeld passend für Fensterkuvert B5

**Zahnarztpraxis am Untertor  
Dr. Gero Juraszyk Bachmann, M.A.  
Untertor 2  
CH-6130 Willisau**

Damit Sie bei Ihrem ersten Praxis-Besuch nichts vergessen

# Checkliste für Neupatienten

Die wichtigsten Tipps auf einen Blick

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. Wir schätzen Ihr Vertrauen und werden alles daran setzen, dass Sie mit uns zufrieden sind. Bitte lesen Sie die folgende Checkliste aufmerksam durch, damit Sie alles Notwendige dabei haben, wenn Sie uns zum ersten Mal besuchen. Das erspart Ihnen und uns unnötige Nachfragen. Falls Sie vorab noch Fragen haben: Zögern Sie nicht, uns anzurufen!

Wir kümmern uns gerne um Ihr Anliegen und nehmen uns Zeit für Sie.



Herzlich willkommen  
in unserer Praxis!

## Anmelde-Bogen

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen zu Ihrem ersten Besuch mit.

Falls Sie diesen nicht von uns zugeschickt bekommen haben, können Sie ihn von unserer Website herunterladen und ausdrucken. Selbstverständlich erhalten Sie ihn auch bei uns in der Praxis.

Der Anmelde-Bogen enthält Ihre persönlichen Daten und Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Sie können darin auch Ihre Wünsche für die zahnärztliche Behandlung angeben.

Wenn Sie mit Ihrem Partner und/oder mit Ihren Kindern kommen, füllen Sie bitte für jeden Einzelnen einen Bogen aus. Danke!

## Medikamenten-Liste

Wenn Sie momentan oder regelmäßig Medikamente einnehmen, sollten wir das wissen. Bitte fertigen Sie eine Liste Ihrer Medikamente an und bringen Sie diese mit. Bei schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen, bitten wir Sie, die Beipackzettel Ihrer Medikamente mitzubringen. Wir wollen sicher sein, dass es zu keinen unerwünschten Wechselwirkungen kommt.

## Röntgen-Aufnahmen

Wenn **innerhalb der letzten beiden Jahre** Röntgen-Bilder Ihrer Zähne gemacht worden sind, sollten Sie uns auch diese mitbringen. Bitte fragen Sie Ihren bisherigen Zahnarzt danach. Er kann sie uns auch ggf. zuschicken.

## Allergie-Pass

Falls Sie an Allergien leiden, haben Sie von Ihrem Arzt einen solchen Pass bekommen. Bitte bringen Sie diesen mit, damit wir Ihre Allergien bei der zahnärztlichen Behandlung berücksichtigen können.

## Implantat-Pass

Falls Sie schon Zahnimplantate haben und einen Implantat-Pass besitzen, bringen Sie diesen ebenfalls mit.

## Das war es auch schon

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und freuen uns auf Ihren Besuch!

Ihr Praxis-Team

Dr. Gero Juraszyk Bachmann, M.A.



© Picture Factory - Fotolia.com



Dr. Gero Juraszyk Bachmann, M.A.  
Untertor 2, CH-6130 Willisau  
Telefon: 041 970 33 77

[www.zahnarzt-willisau.ch](http://www.zahnarzt-willisau.ch)

