



Dr. med. dent. Rolf Burbach
Zahnarzt

■ **Ärzte & Therapiezentrum Lindenthal**

Landgrafenstraße 31–35
50931 Köln
Tel. (0221) 43 14 91
Fax (0221) 9 43 45 07
info@drburbach.de
www.drburbach.de
www.atz-koeln.de

■ **Praxiszeiten:**

Mo./Di./Do. 7.30 – 20.00 Uhr
Mi. 9.00 – 16.00 Uhr
Fr. 7.30 – 18.00 Uhr
Sa. (14-tägig) 9.00 – 14.00 Uhr
Termine nach Vereinbarung
Privat und alle Kassen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen!

Um Ihre Behandlung so gut wie möglich auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

PATIENT

Name:
Vorname/Titel:
Straße:
PLZ/Ort:
Geboren:
Beruf:
Arbeitgeber:
Krankenkasse:
Hausarzt:
Telefon privat:
Fax privat:
Mobil-Tel.:
Telefon Arbeit :
E-Mail:

Sind Sie freiwillig versichert? Ja Nein Nicht bekannt
Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein Nicht bekannt
Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein Nicht bekannt

VERSICHERTER

Falls Sie nicht selbst, sondern z.B. über Ihren Vater oder Ehegatten versichert sind, tragen Sie hier bitte zusätzlich die Angaben zum Versicherten ein. Sind Sie selbst versichert, brauchen Sie hier nichts einzutragen.

Name:
Vorname/Titel:
Straße:
PLZ/Ort:
Geboren:
Beruf:
Arbeitgeber:

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch (bitte Namen angeben):
.....
 Internet Gelbe Seiten
 Sonstiges:

GRUND MEINES ZAHNARZT-BESUCHES

Kontroll-Untersuchung Zahnlockerungen Zahnschmerzen Zahnkippungen
 Zahnfleischbluten Mundgeruch Kiefergelenksprobleme Zähneknirschen
 Probleme mit Zahnersatz Unschöne Zähne
 Sonstiges:

ICH WÜNSCHE EINE BERATUNG ÜBER

Mundgesundheitsvorsorge Zahnfleischbehandlung Implantate Zahnersatz
 Amalgamsanierung Alternativen zum Amalgam Keramik-Inlays Gold-Inlays
 Schöner Zähne Zahnaufhellung Kieferorthopädie Weisheitszahnentfernung
 Sonstiges:

Krankheiten, Allergien und Medikamenten-Unverträglichkeiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend sorgfältige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir unsere 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 diese bitte unten ein.

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE ZUR ZEIT EIN?

(Besonders wichtig ist die Angabe blutgerinnungshemmender Medikamente!)

- Marcumar Herz-ASS
- Sonstige:

ALLERGIEN:

.....
.....

FÜR PATIENTINNEN: Sind Sie Schwanger? Ja Nein Welcher Monat?

ERKRANKUNGEN

- Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck Herz-Fehler Herzklappenersatz
- Endokarditis Herz-Operationen Herz-Schrittmacher Herzrhythmusstörungen
- Herzinfarkt Schlaganfall Blutgerinnungsstörungen Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenüberfunktion Schilddrüsenunterfunktion Asthma/Lungenkrankheit Nervenerkrankungen
- Depressionen/Psychosen Lebererkrankungen Nierenerkrankungen Rheuma
- Epilepsie Magen-Darm-Erkrankungen Immunschwäche (HIV) Hepatitis
- Zur Zeit bestehende Infektionen:

MEINE BEHANDLUNGSWÜNSCHE

- Ich möchte das Beste für meine Zähne. Bitte informieren Sie mich über die für mich optimale Behandlung, auch wenn meine Krankenkasse möglicherweise nicht alles erstattet.
- Ich möchte nur mit örtlicher Betäubung behandelt werden Ich möchte nur bei schmerzhaften Eingriffen eine Spritze
- Ich möchte genau über die Behandlung informiert werden Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das heißt, 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. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Schreiben gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

.....
(Datum/Unterschrift)

Anschreibenfeld passend für Fensterkuvert

Ärzte & Therapiezentrum Lindenthal
Zahnarztpraxis
Dr. med. dent. Rolf Burbach
Landgrafenstraße 31-35
50931 Köln
Fax (0221) 9434507

Bitte senden oder faxen Sie uns den ausgefüllten Anmeldebogen zu und kreuzen Sie unten an, in welcher Form die Terminvereinbarung erfolgen soll:

- Ich rufe in der Praxis zur Terminvereinbarung an!
- Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung an!

Sie erreichen mich am besten unter folgender Telefonnummer und zu folgenden Zeiten:

Telefon:

Zeit:

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!
Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen.

Ihr Zahnarzt Dr. Rolf Burbach